

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Kevät 2015

Sofia Mattila, Renin Putrus & Marziah Ramazani

NUOREN DIABEETIKON VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVA TERVEYSNEUVONTA

– PADAM – työkalupakin prototyypin kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sofia Mattila, Renin Putrus & Marziah Ramazani

NUOREN DIABEETIKON VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVA TERVEYSNEUVONTA

- PADAM – työkalupakin prototyypin kehittäminen

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata diabetesta sairastavan nuoren voimavaraistumista tukevaa terveysneuvontaa ja arvioida pilotointivaiheessa olevan PADAM – työkalupakin toimivuutta osana terveysneuvontaa. Tämä opinnäytetyö on osa PADAM – hanketta, jossa yhteistyötä tekevät hoitotieteen laitos, Turun yliopisto ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lasten ja nuorten poliklinikka sekä Turun ammattikorkeakoulu, terveys ja hyvinvointi. Hankkeen tarkoituksena on kehittää pelilautapohjaiset työkalupakit diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten terveyden edistämiseen liittyen. Tutkimukseen osallistuvat nuoret ovat 13–18-vuotiaita. Opinnäytetyö on rajattu tyypin 1 diabetekseen.

Hankkeen toimijat tulevat kehittämään työkalupakkia tämän toiminnallisen opinnäytetyön pohjalta. Työ sisältää laajan kirjallisuuskatsauksen, joka käsittelee nuorten diabetesta, sen oireita, terveyttä edistävää hoitoa sekä vaikutusta elämään ja perheeseen. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään myös erilaisia potilasohjausmenetelmiä ja omahoidon tukemista. Tässä opinnäytetyössä on myös analysoitu nuorten diabeetikoiden seurantakäyntien nauhoitteita havaintomatriisin avulla.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat: Miten potilasohjaus edistää nuoren diabeetikon omahoitoa jokapäiväisessä elämässä? Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu PADAM – työkalupakin avulla? Sekä miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu ilman PADAM – työkalupakkia?

Onnistuneessa potilasohjauksessa annetaan yksilöllistä ja ymmärrettävää ohjausta. Tarkoitus on, että potilas saa varmuuden omasta osaamisestaan ja apua epäselvien asioiden käsittelyyn. Voimavaraistavassa ohjauksessa pyritään löytämään potilaan omia voimavaroja ja vahvistamaan niitä. Voimavaraistuneella potilaalla on tietoa, joka vastaa hänen omia odotuksiaan, ja hän tuntee itsensä arvostetuksi. Nauhoja kuunneltaessa pakillinen käynti koettiin selkeämmäksi. Tämä ei kuitenkaan tule esille havaintomatriisin antamista tuloksista.

ASIASANAT:

Nuori, tyypin 1 diabetes, terveyden edistäminen, voimavaraistuminen, potilasohjaus ja omahoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Registered Nurse

April 2015 | 47+1

Instructor: Camilla Laaksonen

Sofia Mattila, Renin Putrus & Marziah Ramazani

HEALTH COUNSELLING IN SUPPORT OF A YOUNG DIABETIC'S EMPOWERMENT

- The development of a PADAM toolkit prototype

The purpose of this thesis is to describe health counselling that supports empowerment and to assess the functionality of a piloting-stage PADAM-toolkit as part of this health counselling. This thesis is a part of the PADAM project in which cooperation is carried out by the Department of Nursing Science of the University of Turku, the Children and Youth Outpatient Clinic of the City of Turku Welfare Division as well as Health and Welfare Division of Turku University of Applied Sciences. The aim of the project is to develop a toolkit based on a game board in order to promote the health of children and adolescents with diabetes and asthma. The participants in this study are 13–18 years old. This thesis was narrowed down to type 1 diabetes.

The project parties will develop the toolkit based on this functional thesis. The work includes an extensive literature review dealing with adolescents' diabetes, its symptoms, health-promoting care and treatment as well as the impact of the condition on a person's life and family. The literature review also discusses various patient education methods and self-care support. In this thesis young diabetic's diabetes control meeting's recordings are also analysed with the data matrix.

The research problems in this thesis are: How does patient education promote a young diabetic's self-care in everyday life? How is empowerment-supporting patient education implemented when using the PADAM toolkit? Furthermore, how is empowerment-supporting patient education implemented without the PADAM toolkit?

Successful patient education involves the provision of personal and intelligible guidance. The idea is for the patient to feel confident about their own knowledge and find help for dealing with any unclear issues. Empowering education aims at finding and reinforcing the patient's own resources. An empowered patient possesses knowledge that matches his or her own expectations, and the patient feels appreciated. When listening to the tapes, the appointments at which the toolkit was used were found to be clearer. This was not manifested in the results from the data matrix, however.

KEYWORDS:

Adolescent, type 1 diabetes, health promotion, empowerment, patient education and self-care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TYYPIN 1 DIABETES	8
2.1 Diabeteksen oireet	8
2.2 Diabeteksen hoitomuodot	9
2.3 Hoitotasapainon seuranta	11
2.4 Hoitamaton diabetes	13
3 DIABETES OSANA NUOREN ELÄMÄÄ	15
3.1 Nuoren hoitoon sitoutuminen ja hoitotasapaino	15
3.2 Diabeteksen tuomat haasteet ja niiden vaikutus nuoren elämään	16
3.3 Diabetes sekä nuoren että vanhempien näkökulmasta	18
4 NUOREN DIABEETIKON POTILASOHJAUS	21
4.1 Onnistunut potilasohjaus	21
4.2 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	23
5 OMAHOITO JA SEN TUKEMINEN	25
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	28
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	29
7.1 Triangulaatio osana toiminnallista opinnäytetyötä	30
7.2 Aineiston analysointi	30
8 TULOKSET	32
8.1 Potilasohjauksen vaikutus nuoren diabeetikon omahoitoon	32
8.2 PADAM – työkalupakki osana voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta	34
8.3 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ilman PADAM – työkalupakkia	36
9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	37
9.1 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	37
9.2 Opinnäytetyössä käytetyn havaintomatriisin luotettavuus	38
10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
LÄHTEET	43

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön keskeiset tulokset

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata diabetesta sairastavan nuoren voimavaistumista tukevaa terveysneuvontaa ja arvioida pilotointivaiheessa olevan PADAM – työkalupakin toimivuutta osana terveysneuvontaa. PADAM -hankkeen tarkoituksena on kehittää pelilautapohjaiset työkalupakit diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten terveyden edistämiseen liittyen.

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista varsinkin Suomessa ja myös muualla maailmassa. Suomessa ilmaantuvuus oli 62/100 000 vuonna 2008 ja luku kasvaa vuosi vuodelta. (Diabetes: Käypähoito – suositus 2013.) Näin suuren ilmaantuvuuden vuoksi nuorten diabeetikoiden terveyden edistäminen on tärkeää. Opinnäytetyön aihe on tärkeä hoitotyön kehittämisen kannalta, sillä diabetesta sairastava nuori on itse vastuussa omasta terveydestään. Nuori on jo siinä iässä, että hänen tulee itse huolehtia esimerkiksi insuliinin pistämisestä.

Hoidon toteutumisen kannalta haasteena on murrosiässä vastuun lisääntymisen lisäksi hormonaalisten muutosten vuoksi lisääntynyt insuliinin tarve. Lapsuudessa päivärytmi on ollut säännöllinen ja vanhemmat ovat valvoneet insuliinin pistämistä, nuoruudessa harrastukset ja sosiaalinen elämä vaativat nuorelta paljon. (Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 7.)

Tämä opinnäytetyö on osa PADAM – hanketta, joka muodostuu sanoista painokas, diabetes ja astma. Hankkeen yhteistyötahot ovat hoitotieteen laitos, Turun yliopisto ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lasten ja nuorten poliklinikka sekä Turun ammattikorkeakoulu, terveys ja hyvinvointi. PADAM – hankkeen prototyypissä käytetään Painokas – hankkeen puheeksiottamisen – työkalupakin pelilautaa ja kuvakorttien pohjalta jatkokehitettyjä uusia tiettyyn sairauteen ja sen hoitoon liittyviä kuvakortteja. Tarkoituksena on kehittää tämän prototyypin pohjalta eri sairauksille oma työkalupakkinsa. Nuoren on helpompi tuoda esiin oma näkökulmansa ruoka- ja liikuntatottumuksistaan, elämänrytmistään ja voimavaroistaan pelinomaisesti kuvakortteja käyttäen (Turku n.d., b, Siltanen ym.

2014). Tässä opinnäytetyössä tämä tehdään diabetesta sairastavan nuoren terveyden edistämiseen liittyen.

Painokas-työkalupakin pelilauta on kaksipuolinen. Sen toisella puolella on elämänrytmin ympyrä ja voimavaratankki ja toisella ruoka- ja aktiivisuuskolmio. Siinä on myös erilaisia kuvia sisältäviä pelimerkkejä, valkotaulutussi, dvd -levy liikunnasta ja ravitsemuksesta, perhelähtöisestä terveysneuvonnasta ja työkalupakin käyttöopastuksesta, diabetesriskilomake sekä voimavaratankin kalvot. Potilaan elämäntilanteen tarkastelua helpottaa elämänrytmin ympyrä, jonka avulla potilas hahmottaa paremmin nykyisen elämänrytminsä ja ymmärtää mahdollisuuden sen muutokseen. Voimavaratankki taas auttaa omien voimavarojen tunnistamista kokonaisvoimavarojen arvioinnin jälkeen. (Turku n.d., b.)

PADAM – hankkeen toimijat ovat määritelleet tutkimukseen osallistuvan nuoren iän 13–18-vuotiaaksi. Opinnäytetyö on rajattu tyypin 1 diabetekseen, joten tässä työssä diabeteksella tarkoitetaan vain tyypin 1 diabetesta. Lasten ja nuorten poliklinikan hoitaja nauhoittaa nuorten diabeetikoiden käyntejä, joita opinnäytetyöntekijät analysoivat PADAM – hankkeen toimijoiden kehittämän havaintomatriisin avulla. Hankkeen toimijat tulevat kehittämään työkalupakkia tämän opinnäytetyön pohjalta.

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty nuoren diabeetikon terveyden edistämiseen voimavaraistavalla terveysneuvonnalla. Terveiden edistäminen käsitteenä tarkoittaa terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, terveyserojen kaventamista sekä sairauksien ja terveysongelmien ehkäisemistä tai vähentämistä (Perttilä 2006). Voimavaraistumista tukevan terveysneuvonnan myötä voidaan edistää potilaan terveyttä.

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ei ole vain teorian esittämistä, vaan ohjauksen myötä potilaan hallinnan tunne eli voimavaraistuminen kehittyy. Tämän myötä lisääntyy hänen vaikutusmahdollisuutensa omahoitoonsa. Potilasohjauksen tavoitteena on tukea potilasta terveyteen liittyvissä ongelmissa ja hoidon hallinnassa. Potilaan omahoito ja sitä koskeva päätöksenteko vahvistuvat onnistuneen ohjauksen myötä. (Eloranta ym. 2008.)

2 TYYPIN 1 DIABETES

Tyypin 1 diabetes kehittyy, kun elimistön immuunijärjestelmä tuhoaa haiman beetasolut. Beetasolut ovat elimistön ainoat solut, jotka tuottavat insuliinia. Insuliinihormonin tehtävänä on muodostaa energiaa verensokerista, joten ihmisen on saatava insuliinia keinotekoisesti pumpun avulla tai injektiona pysyäkseen hengissä. (Journal of Illinois Nursing 2012, 5.)

Riskitekijöinä tyypin 1 diabeteksen puhkeamisella voi olla autoimmuunisairaus, geneettinen tai ympäristöön liittyvä tekijä, eikä siihen tunneta vielä ehkäisykeinoja (Journal of Illinois Nursing 2012, 5). Sairastumisriski diabetekseen lisääntyy, jos sitä esiintyy suvussa. Tiedetyt lapsuudessa sairastetut virusinfektiot saattavat myös lisätä sairastumisriskiä. (Medtronic 2010.)

2.1 Diabeteksen oireet

Tyypin 1 diabeteksen yleisimmät oireet ovat väsymys ja laihtuminen. Muita esiintyviä oireita ovat lisääntynyt janon tunne, suuret virtsamäärät ja näön epätarkkuus. Edellä mainitut oireet ilmaantuvat useimmiten asteittain muutaman päivän tai viikon aikana. Sairaus voi edetä happomyrkytykseksi eli ketoasidoosiksi, jos tautia ei todeta ajoissa. Ketoasidoosi aiheuttaa voimakasta yleistilan heikkenemistä ja puuskuttavaa hengitystä. Tila on potilaalle hengenvaarallinen ja hoituu yleensä insuliinihoidolla sairaalassa. Ketoasidoosiin sairastuneista 80–90% on alle 30-vuotiaita, yleensä lapsia. (Mustajoki 2014a.)

Hypoglykemia ja hyperglykemia ovat myös tyypin 1 diabetekselle ominaisia oireita. Hypoglykemiassa verensokeri on liian alhainen ja veriplasman glukoosiarvo on alle 4,0. Useimmilla diabetesta sairastavilla esiintyy ajoittain hypoglykemiaa. Sen oireita ovat vapina, nälän tunne, hermostuneisuus, sydämen tykytykset, hikoilu, väsymys, päänsärky, uneliaisuus, huimaus, heikotus, näön hämärtyminen, keskittymisvaikeudet, ärtyisyys, kouristukset ja tajuttomuus. Liikunnan,

niukan syömisen, runsaan alkoholikäytön ja liian suuren insuliiniannoksen myötä voi herkästi seurata hypoglykemia. (Mustajoki 2014b.)

On tärkeää tunnistaa hypoglykemian ensimmäiset oireet, jotta hoito voidaan aloittaa mahdollisimman pian. Nopeasti imeytyvän hiilihydraatin nauttimista käytetään nopeana hoitona. Tajuttomalle eli insuliinisokista kärsivälle annetaan glukagonipistos lihakseen, jolloin sen vaikutus on nopea. (Mustajoki 2014b.)

Hyperglykemiassa verensokeri on liian korkea johtuen insuliinin puutteesta tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta. Hyperglykemian oireita ovat väsymys, janon tunne, suun kuivuminen, virtsaamisen tarve, tajunnantason aleneminen, reagoitokyvyn heikentyminen, pahoinvointi ja oksetus. (Mylife-diabetescare 2014.)

Hyperglykemiassa potilas ei ole kriittisessä tilassa, mutta pitkään kestäneet korkeat verensokeriarvot nostavat riskiä sairastua diabeteksen lisäsairauksiin, kuten esimerkiksi diabeettiseen retinopatiaan eli silmän verkkokalvon sairauteen. Tämän lisäksi hyperglykemia voi johtaa muutamassa tunnissa tai päivässä vakaviin komplikaatioihin, kuten diabeettiseen ketoasidoosiin. Hyperglykemia hoidetaan pitkävaikutteisilla insuliineilla sekä hiilihydraattien määrän mukaan annosteltavilla ateriainsuliineilla. (Mylife-diabetescare 2014.)

2.2 Diabeteksen hoitomuodot

Diabetesta sairastavan nuoren hoidon tavoitteena on taata nuorelle normaali kasvu ja kehitys. Nuoren tulisi voida elää ikätoveriensa kanssa mahdollisimman normaalia elämää. Jotta nuori voi hyvin, on tärkeää saavuttaa hyvä hoitotasapaino eli veren sokeripitoisuuden on pysyttävä vakaana. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012,170.) Nuoren diabeetikon insuliinihoito sovitetaan hänen ja hänen perheensä elämään sopivaksi. Sen ei tulisi kohtuuttomasti kuormittaa jokapäiväistä elämää. Hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä glukoositasapaino ilman hypoglykemioita. (Komulainen 2007, 13.)

Insuliinipistoksilla korvataan elimistön tuottama insuliini, jonka tarkoituksena on pitää veren sokeripitoisuus mahdollisimman normaalina. Insuliinin tarve vaihtelee yksilöllisesti ja siihen vaikuttaa esimerkiksi ikä, kasvuvaihe, ravinto ja liikunta. Monipistoshoidossa päivittäisestä insuliiniannoksesta yleensä noin puolet annetaan pitkävaikutteisena insuliinina ja puolet ateriainsuliinina. Pitkävaikutteinen insuliini pistetään aamuin illoin, jolloin se pitää verensokeripitoisuuden tasaisena koko vuorokauden. Ateriainsuliini on nopeavaikutteista ja sitä annetaan aterioiden yhteydessä aterian sisältämän hiilihydraattimäärän mukaan. Insuliinipumppuhoidossa lyhytvaikutteista insuliinia annetaan jatkuvana infuusiona, joka korvaa puuttuvan perusinsuliinin erityksen. Tässäkin hoitomuodossa on tärkeää antaa erilliset bolukset aterioiden yhteydessä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 172–173.)

Jokaisen diabetesta sairastavan nuoren ja hänen vanhempiansa kanssa keskustellaan nuorelle sopivasta insuliinin annostelumuodosta. Insuliinia voidaan pistää insuliinipumpulla, -kynällä tai -ruiskulla. Riippuen hoitomuodosta nuorelle ja hänen vanhemmilleen opetetaan pistäminen ja pistoskohdat tai insuliinipumpun käyttö. Nopeimmin insuliini imeytyy vatsan alueelta, joten ateriainsuliini on suositeltavaa pistää navan ympäristöön. Pitkävaikutteiset insuliinit sopivat pistettäväksi pakaraan ja reiteen, sillä niissä imeytyminen on hitaampaa. Pistospaikkaa tulee joka kerta vaihtaa, ettei rasvakudokseen kehity kovettumia, jotka aiheuttavat insuliinin epätasaista imeytymistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 173–174.)

Diabetesta sairastavan nuoren aiemmat ruokailutottumukset ovat lähtökohtana insuliinihoitoa suunniteltaessa. Energiaravintoaineilla on suositeltuja ohjeellisia osuuksia, jotka helpottavat suunnittelemaan tasapainoisia ja monipuolisia aterioita. Kun ruokailut ovat säännöllisiä ja hiilihydraattien kertamäärät kohtuullisia, helpottuu insuliiniannosten arviointi. (Virtanen ym. 2008, 14.) Hiilihydraattien tulisi olla hitaasti imeytyviä, koska ne pitävät verensokeripitoisuuden tasaisena. Esimerkiksi juurekset ja kasvikset sisältävät hitaasti imeytyviä hiilihydraatteja, joten ne vaikuttavat verensokeripitoisuuteen vähäisesti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 171–172.) Ateriainsuliiniannos arvioidaan jokaisen aterian kohdalla erik-

seen sen sisältämän hiilihydraattimäärän, ateriaa edeltävän tai seuraavan liikunnan ja ateriaa edeltävän verenglukoositason mukaan. Ateriainsuliinin tarve vaihtelee aikuisilla ja nuorilla yleensä 0,5–2 yksikön välillä jokaista 10 g hiilihydraattia kohti. (Virtanen 2008, 14.)

Ennen jokaista ateriaa mitataan verensokeri. Aterioiden jälkeen se mitataan, jos pitoisuus ei ole normaali tai nuori ei ole terve. Päivän aikana olisi hyvä syödä aamu- ja iltapala, kaksi lämmintä ateriaa sekä välipalat aamu- ja iltapäivällä. Tämä on sokeritasapainon kannalta tärkeää, mutta ruokailut voidaan sijoittaa sopiviksi nuoren arkipäivään harrastukset huomioon ottaen. Ravitsemukseen saa sairaalassa tukea ravitsemusterapeutilta, sairaanhoitajilta ja lääkäriltä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 172.)

Liikunta on tärkeää diabeteksen hoitotasapainon saavuttamiseksi. Liikunnan yhteydessä on kuitenkin otettava ravitsemuksessa huomioon ylimääräisen hiilihydraatin tarve. Jokaista tunnin urheilusuoritusta kohti tulisi saada lisäenergiaa 20–40 grammaa ylimääräistä hiilihydraattia. Nuoret voivat myös pistää ateriainsuliinia vähemmän tai jättää sen kokonaan pois ennen vaativaa ja pitkäkestoista liikuntaa. (Diabetes ja liikunta: Käypähoito – suositus 2009.)

Nuoren diabeetikon on tärkeää pitää hyvää huolta omasta puhtaudestaan, sillä diabeteksen taudinkuvaan kuuluu ihon nihkeys ja hikisyys. Veren suuri sokeripitoisuus lisää riskiä ihon hiivasienitulehduksille. Myös jalkojen kunnosta on pidettävä hyvää huolta, sillä diabeetikon jalat ovat alttiita ihon rikkoutumille. Haavaumien ehkäisy on tärkeää, sillä diabeetikon haavat paranevat tavallista huonommin ja infektiot heikentävät hoitotasapainoa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 174–175.)

2.3 Hoitotasapainon seuranta

Diabeteksen diagnosoinnin jälkeisen sairaalajakson aikana nuoren veren ja virtsan sokeri- ja ketoainepitoisuutta seurataan lääkärin ohjeen mukaan. Aluksi seurataan erityisesti verensokeria useita kertoja vuorokaudessa, mutta voinnin tasapainottuessa mittaustiheys laskee. Verensokerin tulisi olla ennen ruokailuja

4-7 mmol/l ja 1,5-2 tunnin päästä siitä alle 8-10 mmol/l. Ennen nukkumaanmenoa mitatun arvon suositellaan olevan 6-8 mmol/l ja yöllä noin 4-7 mmol/l. Veressä ei tulisi esiintyä ketoaineita. Kotona verensokerin mittauksia tulisi tehdä 4-6 kertaa, eli heti heräämisen jälkeen, ennen aterioita ja tarvittaessa ennen nukkumaanmenoa. Verensokeri tulee kuitenkin mitata useammin, jos nuoren voimissa on jotain tavallisesta poikkeavaa. Kotona ketoaineita mitataan, jos nuori on sairas tai verensokeriarvot ovat tavallisesta poikkeavia. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 175.)

Laboratoriomittaus HbA1c-näyte eli veren glykosyloitunut hemoglobiini ja sen prosenttiosuus kokonaishemoglobiinista, mittaa nuoren keskimääräisen verensokerin 6-8 viikon ajalta ennen mittausta (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 175–176). Mittaus tehdään 3-6 kuukauden välein hyvässä hoitotasapainossa olevalle diabeetikolle (Diabetes: Käypähoito – suositus 2013). Tämän arvon tulisi olla 48–58 mmol/l eli 6,5–7,5 %. Tällä tarkoitetaan sitä, että verensokeri on ollut suunnilleen 4,5–10 mmol/l välillä. Tavoitearvoa määritellään kuitenkin aina yksilöllisesti. Kun HbA1c-arvot ovat suuret, lisäsairauksien kehittymisen mahdollisuus kasvaa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 175–176.)

Jos diabeteksen hoitotasapaino on huono tai arvot heittelevät paljon, verensokerin jatkuva seuranta eli glukosisensorointi on tärkeää. Nuorilla olisi hyvä seurata verensokeriarvoja glukosisensorilla vuosittain, vaikka hoitotasapaino olisi hyvä. Sen avulla saadaan tarkemmin tietää vuorokauden aikana tapahtuvista verensokerin muutoksista. Ihonalaiseen rasvakudokseen asetettu sensori mittaa automaattisesti muutaman minuutin välein 3-6 päivän ajan soluvälitilan glukosipitoisuutta. Lääkäri tutkii saadut arvot poliklinikkakäynnin yhteydessä ja sen perusteella määrää nuoren insuliinityypin ja -annoksen. (Diabetes: Käypähoito – suositus 2013.)

Poliklinikkakäynneillä seurataan verensokerin ja ketoaineiden lisäksi paljon muutakin. Painon ja pituuden avulla seurataan, että kasvu etenee. Hoitaja tarkistaa ihon kunnon kaikkialta, mutta erityisesti pistospaikat mahdollisten kovettumien vuoksi. Samalla hoitaja keskustelee nuoren kanssa arjessa selviämisestä ja mahdollisista haasteista. Poliklinikkakäyntejä on aluksi noin 1-2 viikon vä-

lein, mutta hyvän hoitotasapainon saavuttamisen jälkeen siirrytään yleensä kolmen kuukauden välein oleviin seurantakäynteihin. Diabeteksen lisäsairauksien varalta tehdään myös monia eri tutkimuksia, esimerkiksi silmänpohjan tutkimus. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 176.)

2.4 Hoitamaton diabetes

Huonosti hoidettu tai pitkään kestänyt diabetes saattaa aiheuttaa monia lisäsairauksia ja niitä sairastaessa diabeetikolla on yleensä huonommat ennusteet kuin terveellä. Diabetes saattaa aiheuttaa silmien verkkokalvosairautta, ääreishermoston vaurioita, jalkaongelmia sekä munuaismuutoksia. Diabeteksestä voi aiheutua myös mielenterveysongelmia. (Mustajoki 2014a.)

Hoitamatta jääneen diabeteksen vuoksi veren korkea glukoositaso voi aiheuttaa silmän linssien epämuodostuman heikentäen näkökykyä. Suuri verensokeripitoisuus vahingoittaa hiussuonia ja valtimoita, jonka seurauksena tietyt elintoinnot voivat häiriintyä. Tämä nostaa riskiä sairastua näköä heikentävään silmän verkkokalvosairauteen eli retinopatiaan. Yhtenä kriteerinä tälle lisäsairaudelle on sumentunut näkö. (Diabetes: Käypähoito – suositus 2013.)

Munuaissairaus eli nefropatia on merkittävä lisäsairaus ja sen ensimmäinen merkki on virtsan valkuaismäärän suureneminen. Vuosien kuluessa sairaus voi aiheuttaa vaikean munuaisen vajaatoiminnan. Ääreishermoston häiriö eli neuropatia on alaraajoissa esiintyvä diabeteksen lisäsairaus, joka aiheuttaa särkyjä ja tunnottomuutta. Tällöin jalkoihin voi syntyä vaikeasti hoidettavia haavoja sekä tulehduksia. (Mustajoki 2014a.)

Korkea verensokeri on myös syynä suun eri sairauksille. Huonosti hoidettuna diabetes voi aiheuttaa hampaiden reikiintymistä, hampaan juuren kärkeä ympäröivää tulehdusta eli periapikaalista parodontiittia, ientulehdusta eli gingiviittia ja hampaan vieruskudoksen tulehdusta eli marginaalista parodontiittia. (Raunio & Tervonen 2005, 6-7.) Nuorilla aikuisilla, joilla on tyypin 1 diabetes, on noin kaksinkertainen riski sairastua parodontiittiin terveisiin nuoriin verrattuna (Journal of Illinois Nursing 2012, 7).

Lisäksi diabeteksessa esiintyy selvästi tavallista enemmän valtimotauteihin liittyviä sairauksia, kuten sydäninfarkteja ja aivoverenkierron häiriöitä. Esimerkiksi aivohalvauksen riski on 2-4 kertaa suurempi terveeseen väestöön verrattuna. (Journal of Illinois Nursing 2012, 7.) Tämän takia valtimotaudin ehkäisy on keskeinen osa diabeteksen hoitoa (Mustajoki 2014a).

Diabeetikot sairastuvat terveeseen väestöön verrattuna kaksi kertaa todennäköisemmin masennukseen. Masennus voi vaikeuttaa diabeteksen hallintaa, jolloin omahoito kärsii. Masennus voi johtaa seurantakäyntien väliin jättämiseen, ravintosuositusten ja lääkehoidon noudattamatta jättämiseen sekä fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen. Myös glukoosipitoisuuden seuranta voi jäädä vähemmälle masennuksen myötä. (Mustajoki 2014a.)

3 DIABETES OSANA NUOREN ELÄMÄÄ

Diabetes on sairaus, joka vaikuttaa jollakin tasolla sitä sairastavan elämään. Se kulkee arjessa mukana ja sen kanssa on pystyttävä elämään. Diabetes itsessään, verensokerin vaihtelut ja siihen liittyvät oireet sekä diabeteksesta aiheutuneet lisäsairaudet voivat aiheuttaa paljon stressiä ja haasteita. Nämä voivat rajoittaa nuoren diabeetikon arkea. Diabetesta ei pystytä parantamaan, mutta sen kanssa elämistä pyritään helpottamaan. (Nuutinen 2010, 3.)

3.1 Nuoren hoitoon sitoutuminen ja hoitotasapaino

Kyngäksen ja Rissasen (2001) tutkimuksen tarkoituksena oli osoittaa tekijöitä, jotka ennustavat pitkäaikaissairaiden nuorten hoitoon sitoutumista. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeilla suomalaisilta pitkäaikaissairautta sairastavilta 13–17-vuotiailta. Hoitoon sitoutumista ennustivat hoitomotivaatio, jaksaminen sekä tuki vanhemmilta, hoitajilta, lääkäreiltä ja kavereilta. Vahvin ennustava tekijä oli hoitajilta saatu tuki, jolloin nuoret sitoutuivat 7,3 kertaa todennäköisemmin hoitoonsa kuin nuoret, jotka eivät saaneet tukea. Toiseksi ja kolmanneksi vahvimmat ennustavat tekijät olivat jaksaminen hoidossa sekä hoitomotivaatio. Myös perheeltä, kavereilta ja lääkäreiltä saatu tuki ennusti hyvää hoitoon sitoutumista. Käytännössä hoitajien tulee tiedostaa heidän antamansa tuen merkitys nuorten hoitoon sitoutumisessa. Tuen lähtökohtana tulee olla nuoren jokapäiväinen elämä eikä keskustelun tule olla sairauslähtöistä. Nuoren mielipiteitä tulee kuunnella ja arvostaa. (Kyngäs & Rissanen 2001, 198–205.)

Nuoruudessa tapahtuva diabeteksen hoitotasapainon huonontuminen on valitettavan yleistä. Syitä tälle ovat epäsäännölliset ruokailut, urheilu, sääntöjen huononoudattaminen, tietoisten riskien ottaminen ja syömishäiriöt. Nuorten välinpitämätön elämäntyyli ja murrosiässä tapahtuvat muutokset, jotka johtavat suurempaan insuliiniresistenssiin, huonontavat hoitotasapainoa. Tutkimuksin on osoi-

tettu, että tytöillä on suurempi todennäköisyys hoitotasapainon huonontumiseen tämän ikäjakson aikana. (Cameron 2006, 386–387.)

Kivelä, Salo ja Keskinen (2014) tutkivat, mikä vaikuttaa eniten nuoren diabeetikon hoitotasapainon korjaantumiseen ja kuinka usein siinä tapahtuu merkittävää parannusta. Hoitotasapainoa seurattiin seuranta-aineistosta seitsemän vuoden aikana, jolloin se parani merkittävästi ja pitkäkestoisesti 10,4 %:lla yli kaksi vuotta sairastaneilla alle 16-vuotiailla. Useimmiten hoitotasapainon parantuminen sijoittui yläkouluikään. Tärkein hoitotasapainon paranemiseen liittyvä tekijä on nuoren oma asennemuutos sairautta ja sen hoitoa kohtaan. Muita tilastollisesti merkittäviä syitä ovat annetun erityisen hoidonohjauksen määrä, ylimääräisten hoitajakäyntien määrä ja osastojaksojen määrä. (Kivelä ym. 2014, 2355–2362.)

Murrosiässä hormonitoiminta muuttuu aiheuttaen insuliiniresistenssiä, joten hyvän hoitotasapainon saavuttaminen on jo sen vuoksi haasteellista (Kivelä ym. 2014, 2355–2362). Kasvuhormonin ajatellaan olevan suurimmassa vastuussa insuliiniresistenssin yöllisessä kasvussa, ja koska sen erityis kasvaa läpi murrosiän, aamuiset hyperglykemit ovat usein tavallisia (Cameron 2006, 387). Tämän lisäksi diabeteksen hoitaminen siirtyy enemmän nuoren omalle vastuulle. Nuoren huono hoitotasapaino on myös yhteydessä esimerkiksi stressaaviin elämäntapahtumiin, kun taas hyvät perhesuhteet usein liittyvät parempaan diabeteksen hoitotasapainoon. (Kivelä ym. 2014, 2355–2362.)

3.2 Diabeteksen tuomat haasteet ja niiden vaikutus nuoren elämään

Kun hoitotasapaino on kunnossa, pystyy diabeetikko harrastamaan lähes kaikkea mitä terveetkin ihmiset. Liikunta ei ole välttämätön edellytys sokeritasapainolle, mutta se parantaa kuitenkin insuliiniherkkyyttä. Liikunta lievittää stressiä ja kohottaa mielialaa. (Diabetesliitto n.d., c.) Vaativia urheilulajeja, kuten maastohiihto, kiipeily ja ralliautoilu, harrastettaessa nuorella tulisi aina olla mukana joku, joka osaa toimia mahdollisessa hypoglykemia-tilanteessa. Nuoren tulee itse myös etukäteen olla varautunut siihen esimerkiksi laskemalla insuliinian-

nostusta tai ottamalla mukaan jotain verensokeria nopeasti nostavaa. (Cameron 2006, 388.)

Diabetes vaatii erityistä huomioon ottamista ammattia valitessa. Fyysisesti raskaat työt, yksintyöskentely, vuorotyö ja korkealla työskentely eivät ole sopivia diabeetikolle. Hän ei siis voi toimia muun muassa liikennelentäjänä, veturinkuljettajana tai muissa joukkoliikenteen tehtävissä eikä myöskään ammattisukeltajana, palomiehenä tai poliisina. Lähes kaikki muut ammatit ovat kuitenkin sopivia hoitotasapainon ollessa hyvä. (Diabetesliitto n.d., b.)

Diabeetikko voi saada ajokortin tietyin rajoituksin. Hoitotasapainon on oltava kunnossa, jotta liikenne ei vaarantuisi. Diabetes ei estä ajokortin saamista, jos terveysvaatimukset muutoin täyttyvät. Myös ammattiajokortin saaminen on edellytysten täytyessä mahdollista. (Diabetesliitto n.d., a.)

Alkoholin ja muiden päihteiden kanssa diabeetikon on muistettava päihteiden vaikutus kehon aineenvaihduntaan ja motivaatioon pitää huolta itsestään. Alkoholista aiheutuva päihtymys voidaan sekoittaa hypoglykemian oireisiin. Tärkeää on myös huomioida tupakoinnin vaikutus ääreisverenkiertoon. Diabeetikon on muistettava syödä tukeva ateria ennen alkoholin nauttimista ja tarkkailla verensokeria mahdollisimman usein illan aikana, etenkin ennen nukkumaan menemistä. (Cameron 2006, 388–389.)

Freebornin ym. (2013) tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa haasteita, joita nuoret kohtaavat. Tärkeää on, että nuori oppii tuntemaan liian alhaisen verensokeritason tuntemukset ja osaa tilanteen vaatiessa toimia oikein. Omahoidossa haasteina olivat verensokerin mittaaminen ja insuliinin pistäminen kivun ja epä mukavuuden takia. Nuorista tuntui raskaalta, kun syömiseen liittyi aina verensokerin mittaaminen ja insuliinin pistäminen. Nämä seikat saivat esimerkiksi kouluissa aikaan yksinäisyyden ja erilaisuuden tunteita. Nuoret eivät halunneet olla erilaisia ja ärsyntyivät tullessaan kohdelluiksi eri tavalla diabeteksen vuoksi. (Freeborn ym. 2013, 1890–1896.)

Haasteena diabeteksen hoidossa on nuoruudessa tapahtuva itsenäistyminen. Tähän kuuluu mahdollinen muuttaminen omilleen, jolloin vastuu omasta hoidos-

ta kasvaa. Nuorta ei kuitenkaan tulisi jättää yksin hoidon kanssa, vaan tukea ja ohjausta tulisi antaa tarvittaessa. Ruokavalion arviointi on diabeetikolle erityisen tärkeää, joten nuorella on oltava tarpeeksi tietoa terveellisestä ruokavaliosta ja ravinnon vaikutuksesta verensokeriin. (Heikkinen ym. 2008, 19.)

Nuorelle tulee antaa palautetta rakentavasti. Myönteisen palautteen avulla nuoren itseluottamus omahoitoon vahvistuu. Tällä tavoin voidaan edesauttaa hyvien omahoitotapojen vahvistumista ja hoitotasapainon parantumista. Nuoren kanssa on hyvä tehdä hoitosuunnitelma, jonka tavoitteisiin voi nuori itse vaikuttaa. Nuori ei kykene ottamaan täyttä vastuuta hoidostaan, ellei hän usko onnistumismahdollisuuksiinsa. (Heikkinen ym. 2008, 19–20.)

3.3 Diabetes sekä nuoren että vanhempien näkökulmasta

Tyypin 1 diabetes vaatii nuorelta elintapamuutoksia, kuten verensokerin ja ruokavalion seurantaa, hiilihydraattien laskemista sekä insuliinin ominaisuuksien ja pistämisen hallintaa. Nämä asiat luovat suuria haasteita nuorelle diabeetikolle. Diabeteksen itsehoidon oppiminen ja positiivisen asenteen luominen parantavat verensokeritasoa ja tukevat pitkäaikaisia hyötyjä. Parannettaessa tämän ikäryhmän diabetestuloksia on tärkeää ymmärtää ja huomioida diabeteksen aiheuttamat haasteet nuoren omasta näkökulmasta. (Freeborn ym. 2013, 1891.)

Freebornin ym. (2010) tutkimuksessa nousi kolme asiaa, joita nuoret kokivat haasteellisiksi ja pelottaviksi. Näitä ovat pelko verensokerin liiallisesta laskusta, yksin jäämisestä ja diabeteksen itsehoidon toteuttamisesta. Tulokset osoittivat, että diabetes on haastava erityisesti tälle ikäryhmälle. Näihin haasteisiin on osattava puuttua ajoissa, jotta nuori oppii hallitsemaan omaa sairauttaan. Näin voidaan edistää nuoren diabeetikon terveyttä ja saadaan parempia tuloksia aikaiseksi. (Freeborn ym. 2013, 1895–1896.)

Terveystenhuollon ammattilaisten rooli nousi myös tuloksissa esille, sillä he voivat vaikuttaa suurella tavalla nuoren diabeetikon terveyden edistämiseen. Sairaanhoitajien on tärkeää keskustella nuoren kanssa diabeteksen tuomista haasteista, ymmärtää sairautta nuoren näkökulmasta ja kuunnella nuoren huolia.

Terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävänä on luoda uusia tapoja, joilla voidaan edistää terveyttä, vähentää komplikaatioita, vähentää tai poistaa yksin jäämisen tunnetta ja tukea vanhempia samalla. (Freeborn ym. 2013, 1895–1896.)

Oman lapsen sairastuminen diabetekseen voi olla vanhemmille pelottavaa ja hämmentävää. He voivat kokea itsensä avuttomiksi varsinkin hoidon alkuvaiheessa. Heillä saattaa olla ennakkoluuloja diabetesta ja sen hoitomuotoja kohtaan. Tärkeää on, että heille kerrotaan hoidonohjauksen yhteydessä myös itse sairaudesta, sen syistä ja tutkimuksista. Vanhemman tulee päästä nuoren kanssa yhdessä esimerkiksi mittaamaan verensokeria ja pistämään insuliinia, jotta he yhdessä osaavat hoitaa diabetesta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 175.)

Wennickin ja Hallströmin (2007) tutkimuksessa yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten ja nuoren diabeetikon vanhempien välillä on koettu tärkeäksi ja hyväksi sairauden hallinnan kannalta. Erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki ja tieto nuoren sairaudesta on auttanut vanhempia ymmärtämään nuoria ja heidän sairauttaan paremmin. (Wennick & Hallström 2007, 305 -306.)

Dashiff ym. (2011) tutkimuksessa suurin osa nuorten diabeetikkojen vanhemmista koki usein negatiivisia tuntemuksia liittyen nuoren sairauteen. Vanhemmat kokivat huolta nuoresta ja hänen omahoidon toteuttamisestaan nuoren ollessa poissa kotoa. Nuoren huono hoitoon sitoutuminen aiheutti vanhemmille turhautumista, huolta, vaikeuksia ymmärtää nuorta ja riitelyä nuoren kanssa. (Dashiff ym. 2011, 305- 307.)

Vanhemmat pelkäsivät päästää nuoria kavereiden luo, sillä he olivat huolissaan muistaako nuori pistää insuliinin ja mitata verensokerin. Vanhemmat pelkäsivät myös, että nuori laiminlyö omahoidon koulussa. Vanhemmat olivat valmiita tukemaan nuorta omahoidon toteuttamisessa ja näyttivät sen esimerkiksi kehumalla nuorta hänen muistaessaan verensokerin mittauksen tai insuliinin pistämisen. (Dashiff ym. 2011, 305- 307.)

Sairautta kohtaan positiivisia tuntemuksia kokeneet vanhemmat luottivat nuoreen ja antoivat hänelle vastuun hoitaa ja hallita sairauttaan. Nämä vanhemmat

olivat myös tekemisissä muiden vanhempien kanssa, joilla oli diabetesta sairastavia nuoria. He jakoivat vanhempien kesken tuntemuksiaan, joka auttoi ymmärtämään nuoria enemmän. Kun vanhemmat luottivat nuoreen ja antoivat vastuuta hänen omahoitoonsa, nuori toteutti sitä ja hallitsi sairauttaan paremmin. (Dashiff ym. 2011, 305- 308.)

4 NUOREN DIABEETIKON POTILASOHJAUS

Hoitomotivaatio herää ja hoitovastuu siirtyy vähitellen diabetesta sairastavalle nuorelle itselleen teini-iässä. Tarkoituksena on nuoruusiän sujuminen turvallisesti diabeteksen ollessa osa nuoren ruumiinkuvaa ja identiteettiä. Diabeteksen hoidon ei tulisi hallita nuoren elämää, joten potilasohjauksen rooli korostuu entisestään. (Näntö-Salonen ym. 2004, 389.)

4.1 Onnistunut potilasohjaus

Nuoren diabeetikon kasvuprosessiin kuuluu hoitomotivaation lisääntyminen ja vastuun ottaminen omahoidosta. Hyvän hoitotasapainon saavuttamisen tavoitteena on, että nuori hyväksyy sairautensa ja ottaa vastuun sen hoitamisesta. Diabeteksen hoidon tulisi sujua osana normaalia elämää. Ruuan- ja insuliinin vaikutuksen sekä liikunnan yhteistoiminnan opettaminen heti sairauden alkuvaiheessa on oleellinen osa hyvää hoitoa. Nuoret ovat haastava kohderyhmä, joiden ohjaukseen tarvitaan paljon aikaa, välittämistä sekä uudenlaisia toimintatapoja. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.)

Nuoren saattaa olla vaikea löytää motivaatiota omahoitoon, sillä usein hän elää tässä hetkessä eikä halua ajatella tulevaa. Motivaation löytämiseen nuori tarvitsee sekä tietoa ja tunnetta omasta tärkeydestään että luottamusta itseensä ja osaamiseensa. Hyvän hoidon saavuttamiseksi nuori tarvitsee aikuisen ja ammattilaisten tukea. Myös ystävät ovat tärkeässä roolissa. Nuorta tulisi kannustaa kertomaan sairaudestaan läheisille ystäville avoimesti, sillä heiltä voi saada tukea. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.)

Onnistuneen potilasohjauksen kuuluu antaa nuorelle tiedolliset ja taidolliset valmiudet diabeteksen hallintaan. Jokainen nuori on yksilö, joten hänen psyykinen, fyysinen sekä sosiaalinen kehitystaso, tapa oppia sekä yksilölliset tarpeet on huomioitava. Tärkeää on, että hoitaja herättää nuoren motivaatiota ja auttaa

häntä sisäistämään diabeteksen hoidon osaksi normaalia elämää. (Pyörälä 2001, 23–24.)

Hoitosuhteen tulisi olla jatkuvaa ja pitkäaikaista, jotta nuoren ja hoitajan välille syntyy syvä luottamussuhde. Sen tulee myös olla tasavertainen yhteistyösuhde. Tällöin nuoresta tulee oman sairautensa ja elämänsä paras asiantuntija. Hyvän palautteen antaminen, arvostus ja kannustus ovat parhaita motivaation lähteitä ja itsenäistymisen tunnetta lisää vastuun kantaminen omasta sairaudestaan. (Ivanoff ym. 2001.) Nuorelle on hyvä antaa mahdollisuus omiin valintoihin, mutta vastuuta ei kannata silti antaa varhain. Nuori voi liian suuresta vastuusta väsyä hoitoonsa. (Rissel 1994, 29–47.)

Tärkeää on, että nuori saa olla oma itsensä ja tuoda omia tunteitaan esille. Kapina sairautta ja sen tuomia rajoituksia sekä hoitoa vastaan ovat nuorelle taval-
lisia tuntemuksia. Hoidonohjauksissa on viime vuosina korostunut empowerment -näkökulma, jolla pyritään vapauttamaan nuoren voimavarat. Niillä nuori ja hänen perheensä pystyvät tekemään ratkaisuja hoidon suhteen omaa osaamis-
taan arvostaen. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.)

Hyvän ohjauksen tulisi olla suunnitelmallista ja jatkuvaa. Opittavat asiat tulisi selkeyttää hyödyntäen nuoren aiempaa kokemusta asiasta. Kirjallinen ohjaus-
suunnitelma edesauttaa suunnitelmallisuutta. Ohjauksella tulisi olla tavoitteita, jotka ovat realistisia toteuttaa ja niiden tulisi olla hoitajan ja nuoren yhdessä laa-
timia. Hoitoväsymyksen iskiessä nuoreen on tärkeää olla syyllistämättä häntä. Hoitajan on pidettävä huolta siitä, että nuori ryhdistäytyy, jolloin hänen kans-
saan on hyvä kerrata hoidon laiminlyömisestä aiheutuvat riskit. (Kovacs ym. 1997.)

Nuorta tulisi tavata ohjaustilanteessa kahden kesken, sillä vanhempien läsnäolo voi vaikeuttaa nuoren avautumista. Nuori pystyy ilmaisemaan tunteitaan ja ker-
tomaan omat toiveensa paremmin kahden kesken. (Pyörälä 2001, 23–24.) Pe-
rinteisen yksilöohjauksen lisäksi on käytetty ryhmäohjausta, esimerkiksi ongel-
malähtöistä oppimista hyödyntävää ryhmätyöskentelyä. Ongelmalähtöinen op-
piminen ei johtanut parempaan glukoositasapainoon kuin kahdenkeskisessä

ohjauksessa. Ryhmään osallistuneiden kokemus itsenäistymisestä vanhemmistaan, omasta terveydestään sekä tunne diabeteksen hallinnasta olivat kuitenkin paremmat ryhmäohjauksessa kuin yksilöohjauksessa. (Tulokas 2001.) Ryhmäohjauksessa on paljon etuja, esimerkiksi taloudellisesti se on edullisempaa kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjauksessa nuori saa paljon vertaistukea ja kuulla muiden kokemuksista sekä jakaa omiaan. (Hampson ym. 2001.)

4.2 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Potilas, joka hallitsee omaa elämäänsä myös ongelmatilanteissa, kykenee ajattelemaan ja toimimaan omaksi parhaakseen. Laadukkaan hoidon avulla voidaan tukea potilaan sisäistä terveysongelman hallintaa (empowerment), sillä laadukas hoito sisältää laadukkaan potilasohjauksen. (Leino-Kilpi ym. 1998, 1999a, 1999b.) Empowerment tarkoittaa suomi-englanti-suomi -sanakirjan mukaan kykyä vaikuttaa omaan elämään, valtuutusta, valtuuttamista, voimantunnon kasvua, mahdollistamista, mahdollisuutta johonkin ja täysivaltaisuutta. (Rekiahho ym.1999, 879.)

Potilaan voimavaraistumista voidaan arvioida erilaisista osa-alueista. Toiminnallisen, biofysiologisen, kokemuksellisen, sosiaalisen, eettisen ja taloudellisen tietoalueen mukaan voidaan tukea potilaan kokemusta omaan terveyteensä ja siihen liittyvien ongelmien hallintaan. (Leino-Kilpi ym. 1999b, 5.) Toiminnallinen tietoalue käsittää ihmisen selviytymisen päivittäisistä toiminnoista sekä oman kehon ja mielen hallintaa. Biofysiologinen tietoalue tarkoittaa kehoa, ihmisen sen hetkistä terveydentilaa, oireita ja biologisia muutoksia sekä tietoa toimimisesta niiden hallitsemiseksi. Kokemuksellisella tietoalueella tarkoitetaan ihmisen itsetuntoa, kokemuksia ja tunteita menneisyydestä. Sosiaalinen tietoalue tarkoittaa ihmisen kontakteja muihin ihmisiin ja vuorovaikutusta. Eettinen tietoalue käsittää ihmisen oikeuksien toteutumista, hänen kunnioittamista ja arvostamista yksilönä. Taloudellinen tietoalue taas tarkoittaa tukia ja kustannuksia potilaan tarpeiden ja oikeuksien mukaan. (Leino-Kilpi ym. 1998, 117.)

Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan oman elämänhallinnan tunteen lisääntyminen ja voimaantuminen ohjauksen avulla. Tämän tulisi näkyä niin hoitotyön käytännössä kuin koulutuksessakin. (Johansson ym. 2002.) Hyvä ohjaustilanne on huolellisesti suunniteltua ja tavoitteellista. Siinä ohjausta annetaan potilaalle sopivalla tavalla ja ohjauksessa esitetty tieto on potilaalle selkeää ja ymmärrettävää. Ohjaustilanteessa on tärkeää, että potilas tuo esille sen, mitä hän tietää ja ei tiedä sekä sen, mitä hän pitää oleellisena hoidon kannalta ja hoitoon liittyvistä asioista. Tarkoituksena on, että potilas saa varmuuden omasta osaamisestaan ja tietämyksestään sekä apua epäselvien asioiden käsittelyyn. (Eloranta ym. 2008.)

Voimavaraisuus tarkoittaa sitä, että potilas ymmärtää tilanteensa ja tietää tilanteestaan riittävästi. Hän pystyy toimimaan tiedon avulla sekä hoidossaan että tilanteessaan. Potilaan lähtökohta huomioidaan ohjauksessa, jossa tuetaan potilaan voimavaraistumista. Voimavaraistavassa ohjauksessa pyritään löytämään potilaan omia voimavaroja ja vahvistamaan niitä. Potilasta rohkaistaan kertomaan tilanteestaan kyselemällä. Potilaan voimavaraistuminen tulisi ottaa enemmän huomioon ohjaustilanteissa. (Johansson 2006.)

Voimavaraistuneella potilaalla on tietoa, joka vastaa hänen omia odotuksiaan ja tietorakenteitaan. Tällöin hän kokee itsensä arvostetuksi ja on tietoinen tiedoistaan ja pystyy toimimaan niiden avulla. Hoitaja toimii voimavarojen löytämisen tukena ja hänet nähdään voimavarana. Potilasta voi auttaa löytämään omia voimavaroja ja huolehtia, että edellytykset niille ovat olemassa, mutta niitä ei voi antaa toiselle. (Leino-Kilpi ym. 1999a, 1999b.) Painokas-hankkeessa käytetty työkalupakki helpottaa potilasta löytämään omia voimavarojaan pelinomaisesti kuvakortteja käyttämällä (Turku n.d., a).

5 OMAHOITO JA SEN TUKEMINEN

Diabetesta sairastavan nuoren omahoidon käsitteellä tarkoitetaan aktiivista, päivittäistä ja joustavaa prosessia, jossa nuoret ja vanhemmat yhdessä jakavat vastuun hoidosta ja päätöksenteosta. Tavoitteena on saavuttaa hoidon kautta mahdollisimman hyvää sairauden hallintaa, terveyttä ja hyvinvointia. (Guo ym. 2011, 2295.) Omahoidolla tarkoitetaan yksilön kykyä hallita oireita, hoitaa sairauttaan ja tehdä elintapamuutoksia perheen, kavereiden ja terveydenhuollon ammattilaisten tuella. Omahaotoon siis sisältyy kaikki tiettyyn sairauteen kuuluvat hoidot, joiden avulla potilas selviytyy kroonisen sairautensa kanssa. (Schulman-Green ym. 2012, 137.)

Optimaalinen omahoito edellyttää kykyä kehittää strategioita, joiden avulla potilas saa säilytettyä mahdollisimman hyvän elämänlaadun sairaudestaan huolimatta. Kroonisen sairauden hoidossa on kolme eri omahoidon osaa, jotka ovat lääkitys, elintapojen muuttaminen ja pitkäaikaissairauden aiheuttamien tunteiden käsittely. Ongelmanratkaisukyky, päätösten tekeminen, voimavarojen hyödyntäminen, terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki, hoitotoimenpiteiden osaaminen ja itsetunnon kohentuminen ovat tärkeitä omahoidon tekijöitä. (Schulman-Green ym. 2012, 137–138.)

Omahoidon tukemisessa on tärkeää, että hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia. Omahaoto on potilaan itsensä toteuttamaa hoitoa, joka on hoitajan kanssa suunniteltua näyttöön perustuvaa hoitoa. Hoidon suunnittelu lähtee potilaasta, hänen toiveistaan, peloistaan, uskomuksistaan, kokemuksistaan ja arkielämästään. Hoitaja kuuntelee potilasta, jonka jälkeen he yhdessä kehittävät juuri hänelle ja hänen elämäntilanteeseensa sopivan hoidon. Omista ratkaisuksistaan potilas ottaa itse vastuun. Omahoidon on myös todettu vähentävän terveydenhuollon palvelutarvetta ja sairaalahoidojaksoja. Itsehoidolla puolestaan tarkoitetaan sitä, että potilas hakee vaihtoehtoisia hoitoja, kuten luontaistuotteita, ilman ammattihenkilön apua. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5–7.)

Omahoitovalmennuksessa tuetaan potilasta, jotta hän pystyisi saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun pitkäaikaissairaudestaan huolimatta. Hoitaja kannustaa, tukee ja rohkaisee potilasta sekä luo uskoa potilaaseen repsahdusten sattuessa. Hän kulkee potilaan rinnalla ja auttaa tarvittaessa. Potilaalla on myös oikeus jatkaa entistä elämäntapaansa sairaudestaan huolimatta, vaikka hoitajan mielestä se ei olisi toivottavaa. Potilaan omahoitovalmiuteen vaikuttavat monet eri tekijät, joita hoitajan tulee arvioida ollessaan yhteydessä potilaaseen. Sairastuttuaan potilas joutuu muuttamaan elintapojaan ja mahdollisesti käyttämään lääkkeitä koko loppuelämän ajan. Prosessin aikana on usein epäonnistumisia, perääntymisiä ja uudelleen aloittamisia. (Routasalo & Pitkälä 2009, 6, 9–10.)

Kroonisen sairauden kanssa eläminen vaatii paljon koko elämän ajan, kun sairaus ja sen hoito tulee sisällyttää jokapäiväiseen elämään. Sairastuminen voi aiheuttaa terveydentilan muutoksen lisäksi myös muutoksia psykologisessa, sosiaalisessa ja taloudellisessa tilanteessa. Nämä puolestaan voivat vaikuttaa omahoidon tarpeisiin. Hoitajan on tärkeää arvioida ja seurata potilaan omahoitoa jatkuvasti, jotta hän saa tuettua sitä elämän joka hetkessä. Potilaiden on tärkeää myös itse osata tunnistaa omat heikkoutensa ja vahvuutensa ja kertoa ne hoitajalle. Hoitajan taidot omahoidon ohjauksessa auttavat häntä löytämään erilaisia keinoja tukea potilaiden omahoitoa. (Schulman-Green ym. 2012, 142–143.)

Omahoitovalmennuksessa on tärkeää tukea potilaan autonomiaa, voimaantumista ja pystyvyyden tunnetta. Tällöin hän oppii ja kykenee käyttämään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojaan. Jotta henkilön toiminta on autonomista, hänen tulee kokea voivansa toimia valintojensa ja oman tahtonsa pohjalta. Voimaantuminen auttaa potilasta tunnistamaan ja edistämään kykyään kohdata oman elämänsä muutostarpeet ja ratkaista omat terveysongelmansa. Sen avulla hän voi myös säädellä omia voimavarojaan, jotta saa säilytettyä kontrollin elämästään. Tämän seurauksena on mahdollista, että potilas saa asetettua ja saavutettua päämääriä sekä otettua vastuuta elintavoistaan. Hän myös hallitsee elämänsä ja on toiveikas tulevaisuutta kohtaan. Hoitajan on tärkeää arvostaa,

luottaa, antaa vapautta ja vastuuta, jotta potilas saa sen saavutettua. Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan sitä, että potilas uskoo omaan kykyynsä hallita toimintaansa ja elämäänsä. (Routasalo & Pitkälä 2009, 13–14.)

TAYS:ssa aloitettiin vuonna 2003 vastasairastuneille diabeetikoille ensihoitoryhmä omahoidon ohjausta varten. Ryhmästä diabeetikko sai mahdollisimman laajasti perustiedot ja taidot omahoidon onnistumista varten. Sen huomattiin olevan yksilöohjausta parempi, sillä siinä potilas sai kahdeksan tuntia enemmän ohjausaikaa ja vertaistukea, joka on tärkeää varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Ryhmän osallistuvamman oppimisen avulla diabeetikko sai vahvistettua otettaan omahoitoonsa. On tärkeää, että sairastumisen alkuvaiheessa diabeetikko saa käsityksen tulevasta elämästään sairautensa kanssa. Hänen tulee nähdä itsensä diabeteksen hoidon osajana ja aktiivisena omahoidon toteuttajana. (Alanko ym. 2011, 1684–1685.)

Vanhempien rooli diabetesta sairastavan nuoren omahoidon tukemisessa on tärkeä. Tämän johdosta perheen kanssakäymiseen voi kuitenkin tulla jännitettä. Vanhemmat voivat tukea nuorensa omahoitoon siirtymistä esimerkiksi muistutteleamalla ja palkitsemalla positiivista käyttäytymistä. Kun vanhemmat tukevat nuorta emotionaalisesti ja hyväksyvät häneltä myös epäonnistumisia, on hänen elämänlaatunsa parempaa. Nuoren diabetesta voidaankin sanoa koko perheen sairaudeksi, sillä se vaatii sekä nuorelta itseltään että hänen vanhemmiltaan paljon. Kun nuoren glukoositasapaino on huono, on perheessä usein konflikteja ja vanhemmilla ahdistusta. Tutkimuksissa on huomattu, että heikommissa perhesuhteissa nuoren omahoito on huonompaa. Vanhemmat ovat myös huomanneet nuoren omahoidon olevan huonompaa, kun vanhemmat tuomitsivat, tarkistivat jatkuvasti tai valittivat. Näiden tapojen lopettaminen oli heidän mielestään kuitenkin vaikeaa, sillä he olivat huolissaan siitä, että nuori jättäisi sairautensa hoitamatta. (Moore, ym. 2013, 1–2, 6–7.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

PADAM – hanke pohjautuu voimavaraistumista tukevaan terveysneuvontaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata diabetesta sairastavan nuoren voimavaraistumista tukevaa terveysneuvontaa ja arvioida pilotointivaiheessa olevan PADAM – työkalupakin toimivuutta osana terveysneuvontaa. Hankkeen tarkoituksena on kehittää pelilautapohjaiset työkalupakit diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten terveyden edistämiseen liittyen. Tämän pakin tavoitteena on, että hoitohenkilökunnan on helpompi keskustella sen avulla nuoren diabeetikon kanssa sairauteen ja elämäntapaan liittyvistä asioista. Diabetesta sairastavan nuoren terveyden edistäminen eli voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta on tämän hankkeen päämääränä. Tutkimusluvan on myöntänyt Turun hyvinvointitoimiala ja PADAM – hankkeelle on saatu Turun Yliopiston eettisen toimikunnan puoltava lausunto.

Opinnäytetyön tutkimusongelmia ovat:

1. Miten potilasohjaus edistää nuoren diabeetikon omahoitoa jokapäiväisessä elämässä?
2. Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu PADAM – työkalupakin avulla?
3. Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu ilman PADAM – työkalupakkia?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä toteutettiin laaja kirjallisuuskatsaus nuoren diabetekseen ja sen hoitoon liittyen. Siinä perehdyttiin myös voimavaraistavaan potilasohjaukseen sekä omahoidon tukemiseen. Tietoa kirjallisuuskatsaukseen etsittiin sekä suomen että englannin kielellä eri tietokannoista. Pääosassa tutkimuksia etsittiin Medicistä, PubMedistä, Cinahlista ja Google scholarista, mutta tietoa haettiin myös manuaalisesti. Haku rajattiin pääsääntöisesti vuodesta 2004 alkaen julkaistuihin tutkimuksiin ja lisäksi kokotekstin tuli olla saatavilla. Hakusanoja olivat muun muassa tyypin 1 diabetes, nuori, voimavaraistuminen, omahoito, potilasohjaus sekä terveyden edistäminen. Vastaavat englanninkieliset hakusanat olivat type 1 diabetes, adolescent, empowerment, self-care, patient education and health promotion.

Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lasten ja nuorten poliklinikalta saatiin nauhoitetut seurantakäynnit alkuvuodesta 2015 ilman nuorten tunnistetietoja. Seurantakäyntien aikana käytiin läpi nuoren diabetekseen ja sen hoitoon liittyvät asiat voimavaraistumista tukevan terveysneuvonnan kautta. Nuoret saivat tutkimuksesta saatekirjeen kotiin, jonka avulla myös vanhemmat saivat tiedon tutkimuksesta. Poliklinikalla annettiin lisätietoa tutkimuksesta, jonka perusteella nuoret tekivät tietoiseen suostumukseensa perustuvan päätöksen tutkimukseen osallistumisesta kirjallisesti. Opinnäytetyön raportoimisen jälkeen poliklinikan hoitohenkilökunta saa itselleen kootut tulokset.

Tavoitteena oli saada 20 nauhoitetta diabeetikoiden seurantakäynneistä. Näistä 10 olisi kuulunut kontrolliryhmään, jossa ohjaus olisi toteutettu perinteisen mallin mukaan. Prototyyppityökalupakkia olisi käytetty loppuilla 10 käynnillä. Näistä viisi olisivat olleet yksin vastaanotolle tulevia 13–15 – vuotiaita ja viisi 16–18 – vuotiaita. Nauhoitteita saatiin kuitenkin vain yksi kummastakin potilasohjausmalista. Nauhoitteen alussa hoitaja kertoi, onko kyseessä diabetes vai astma, pakki vai kontrolli, ikä ja mahdolliset muut mukana olevat henkilöt.

7.1 Triangulaatio osana toiminnallista opinnäytetyötä

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja se tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan kehittämistä, järjestämistä ja ohjeistamista. Tavoitteena on luoda toiminnallinen tuotos. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Tällä tarkoitetaan sitä, että hankkeen toimijat kehittävät työkalupakin, jonka avulla kehitetään voimavaraistumista tukevaa terveysneuvontaa nuorille diabeetikoille. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä eli kyseessä on triangulaatio (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75–77).

Triangulaatiossa yhdistyvät sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä tutkii uskomuksia, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia. Tämän tutkimusmenetelmän avulla pyritään kohottamaan tutkimuksen luotettavuutta. Triangulaation etuja ovat aineiston vahvistaminen, täydentäminen, rikastaminen, syventäminen sekä kokonais kuvan saaminen tutkittavasta ilmiöstä. Opinnäytetyömme perustuu ihmisten ja terveyden välisiin suhteisiin, joten kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistäminen on kannattavaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55, 66, 75–77.)

Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen lähestymistavan oikeanlainen yhdistäminen ja numeeristen sekä sanallisten tulosten yhdistäminen ovat triangulaatio-tutkimusmenetelmän haasteina. Koska triangulaatiossa yhdistyy kaksi eri tutkimusmenetelmää, esiintyy myös molempien menetelmien heikkoudet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 77.)

7.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi toteutettiin PADAM – hankkeen toimijoiden kehittämän voimavaraistumista tukevan ohjauskeskustelun havaintomatriisin avulla. Ha-

vaintomatriisi on kehitetty Virtasen, Leino- Kilven ja Salanterän (2007) kirjallisuuskatsauksen, Empowering discourse in patient education Patient Education and Counseling, pohjalta. (Virtanen ym. 2007.) Havaintomatriisin otsikko on voimavaraistumista tukeva keskustelu (vastaanotolla) ja se koostuu kuudesta eri osa-alueesta. Näitä ovat keskustelun rakenne ja luonne, vuoropuhelu / voimavaraistavan keskustelun eteneminen, hoitajan ja potilaan toiminta keskustelussa sekä hoitajan ja potilaan roolit. Kaikissa osa-alueissa on eri määrä kysymyksiä ja yhteensä niitä on 35. Kysymyksiin vastataan numerolla yhdestä viiteen, josta yksi tarkoittaa täysin eri mieltä, kaksi jokseenkin eri mieltä, kolme ei samaa eikä eri mieltä, neljä jokseenkin samaa mieltä ja viisi täysin samaa mieltä. Havaintomatriisista löytyy vielä yksi avoin kysymys liittyen keskustelun ilma- piiriin. Kysymysten saadut pistemäärät lasketaan yhteen ja niiden maksimipistemäärä on 175. Havaintomatriisiin ei kuitenkaan sisälly viitearvoja, joten saadusta pistemäärästä ei voida tulkita sen tarkoitusta.

Nauhoitteet on kuunneltu kahteen kertaan kahtena erillisenä päivänä. Molempien kuuntelukertojen pohjalta on täytetty erilliset havaintomatriisit. Tämä on tehty myös yhdestä lapsen seurantakäynnin nauhoitteesta, vaikka tässä opinnäytetyössä keskitytään vain nuorten seurantakäyntien analysointiin. Tämä lapsen seurantakäynnin nauhoitteen analyysi löytyy toisen ryhmän opinnäytetyöstä, joka on myös osa PADAM – hanketta. Nauhoitteet kuunneltiin ensimmäisen kerran yksin, jolloin täytettiin oma havaintomatriisi. Toisen kerran ne kuunneltiin yhdessä ja kukin täytti oman havaintomatriisin, jonka jälkeen jokaisen osa- alueen kysymykset käytiin läpi yksitellen ja niistä koottiin yhteenveto.

8 TULOKSET

Tässä osiossa käsitellään opinnäytetyöstä saatuja tuloksia tutkimusongelmien näkökulmasta. Opinnäytetyön keskeiset ja tiivistetyt tulokset ovat myös koottu havainnollistavaan kuvioon, joka löytyy liitteestä 1. Ensimmäinen tutkimuskysymys pohjautuu kirjallisuuskatsaukseen ja kaksi seuraavaa nauhoitteiden analysointiin havaintomatriisin kautta. Opinnäytetyöntekijöiden kesken päädyttiin seuraaviin kolmeen tutkimusongelmaan:

1. Miten potilasohjaus edistää nuoren diabeetikon omahoitoa jokapäiväisessä elämässä?
2. Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu PADAM – työkalupakin avulla?
3. Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu ilman PADAM – työkalupakkia?

8.1 Potilasohjauksen vaikutus nuoren diabeetikon omahoitoon

Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan oman elämänhallinnan tunteen lisääntyminen ja voimaantuminen ohjauksen avulla. Tämän tulisi näkyä niin hoitotyön käytännössä kuin koulutuksessakin. (Johansson ym. 2002.) Diabeteksen hoidon ei tulisi hallita nuoren elämää. Tämän vuoksi potilasohjauksen rooli korostuu entisestään. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.) Omahoidon tukemisessa on tärkeää, että hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia (Routasalo & Pitkälä 2009, 7). Nuoren diabeetikon kasvuprosessiin kuuluu hoitomotivaation lisääntyminen ja vastuun ottaminen omahoidosta. Hyvän hoitotasapainon saavuttamisen tavoitteena on, että nuori hyväksyy sairautensa ja ottaa vastuun sen hoitamisesta. Ruuan- ja insuliinin vaikutuksen sekä liikunnan yhteistoiminnan opettaminen heti sairauden alkuvaiheessa on oleellinen osa hyvää hoitoa. Nuoret ovat haastava kohderyhmä, jonka ohjaukseen tarvitaan paljon aikaa, välittämistä sekä uudenlaisia toimintatapoja. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.)

Nuoren saattaa olla vaikea löytää motivaatiota omahoitoon, sillä hän elää tässä hetkessä eikä halua ajatella tulevaa. Motivaation löytämiseen nuori tarvitsee sekä tietoa ja tunnetta omasta tärkeydestään että luottamusta itseensä ja osaamiseensa. Hyvän hoidon saavuttamiseksi nuori tarvitsee aikuisten ja ammattilaisten tukea. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.)

Hyvän potilasohjauksen kuuluu antaa nuorelle tiedolliset ja taidolliset valmiudet. Jokainen nuori on yksilö, joten hänen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen kehitystasonsa, tapa oppia sekä yksilölliset tarpeet on huomioitava. On tärkeää, että hoitaja herättää nuoren motivaatiota ja auttaa häntä sisäistämään diabeteksen hoidon osaksi normaalia elämää. (Pyörälä 2001, 23–24.)

Hoitosuhteen tulisi olla jatkuvaa ja pitkäaikaista, jotta nuoren ja hoitajan välille syntyy syvä luottamussuhde. Hoitosuhteen tulee olla tasavertainen yhteistyösuhde. Tällöin nuoresta tulee oman sairautensa ja elämänsä paras asiantuntija. Hyvän palautteen antaminen, arvostus ja kannustus ovat parhaita motivaation lähteitä. Vastuun kantaminen omasta sairaudestaan tuo lisää itsenäistymisen tunnetta. (Ivanoff ym. 2001.) Nuorelle on hyvä antaa mahdollisuus omiin valintoihin, mutta vastuuta ei kannata silti antaa liian varhain, sillä nuori voi liian suuresta vastuusta väsyä hoitoonsa (Rissel 1994, 29–47). Tärkeää on, että nuori saa olla oma itsensä ja tuoda omia tunteitaan esille. Kapina sairautta ja sen tuomia rajoituksia sekä hoitoa vastaan ovat nuorelle normaaleja tuntemuksia. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.)

Hyvän ohjauksen tulisi olla suunnitelmallista ja jatkuvaa. Opittavat asiat tulisi selkeyttää hyödyntäen nuoren aiempaa kokemusta asiasta. Kirjallinen ohjaussuunnitelma edesauttaa suunnitelmallisuutta. Ohjauksella tulisi olla tavoitteita, jotka ovat realistisia toteuttaa ja niiden tulisi olla hoitajan ja nuoren yhdessä laatimia. (Kovacs ym. 1997.) Perinteisen yksilöohjauksen lisäksi on käytetty ongelmalähtöistä oppimista hyödyntävää ryhmäohjausta. Ryhmään osallistuneiden kokemus itsenäistymisestä vanhemmistaan, omasta terveydestään sekä tunne diabeteksen hallinnasta olivat paremmat ryhmäohjauksessa kuin yksilöohjauksessa. (Tulokas 2001.) Ongelmanratkaisukyky, päätösten tekeminen, voimavarojen hyödyntäminen, terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki,

hoitotoimenpiteiden osaaminen ja itsetunnon kohentuminen ovat tärkeitä omahoidon tekijöitä. (Schulman-Green, ym. 2012, 137–138.)

Onnistunut ohjaustilanne on huolellisesti suunniteltua ja tavoitteellista. Siinä ohjausta annetaan potilaalle sopivalla tavalla ja ohjauksessa esitetty tieto on potilaalle selkeää ja ymmärrettävää. Tarkoituksena on, että potilas saa varmuuden omasta osaamisestaan ja tietämyksestään sekä apua epäselvien asioiden käsittelyyn. (Eloranta ym. 2008.)

Voimavaraistavassa ohjauksessa pyritään löytämään potilaan omia voimavaroja ja vahvistamaan niitä. Potilasta rohkaistaan kertomaan tilanteestaan kyselemällä. (Johansson 2006.) Voimavaraistuneella potilaalla on tietoa, joka vastaa hänen omia odotuksiaan ja tietorakenteitaan. Tällöin hän kokee itsensä arvostetuksi ja on tietoinen tiedoistaan ja pystyy toimimaan niiden avulla. Hoitaja toimii voimavarojen löytämisen tukena ja hänet nähdään voimavarana. (Leino-Kilpi ym. 2010.)

Omahoidossa tärkeää on potilaan ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky ja siinä painotetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Omahoito vaikuttaa positiivisesti potilaan elämänlaatuun ja sairastamiseen. Omahoitovalmennuksessa tuetaan potilasta, jotta hän pystyisi saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun pitkäaikaissairaudestaan huolimatta. Omahoitovalmennuksessa on siis tärkeää tukea potilaan autonomiaa, voimavaraistumista ja pystyvyyden tunnetta. Tällöin hän oppii ja kykenee käyttämään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6, 13–14.)

8.2 PADAM – työkalupakki osana voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta

Opinnäytetyöntekijät ovat tehneet yhteenvedon pakillisen käynnin havaintomatriisista saaduista tuloksista. Yhteenvedo tehtiin rakenteellisen keskustelun avulla, jossa jokainen perusteli näkemyksensä. Se koottiin lopuksi yhdelle havaintomatriisilomakkeelle.

Keskustelun rakenteen osa-alueesta yhteispistemääräksi saatiin 4. Rakenteessa pakillisella käynnillä oli puutteita, sillä esimerkiksi keskustelun alussa ei tuotu esille ohjauksen tarkoitusta, eikä keskustelulla ollut selkeää alussa ilmaistua tavoitetta. Nauhoitteessa ei ollut selkeää alkua tai loppua. Keskustelun luonteen alueesta pisteiksi saatiin 15. Keskustelu oli rauhallista, luottamuksellista ja empaattista. Rentoa ilmapiiriä luotiin keskustelemalla muustakin kuin sairaudesta ja sen hoidosta.

Vuoropuhelu / voimavaraistavan keskustelun etenemisen osion pisteet olivat 23. Tavoitetta keskustelulle ei ilmaistu lainkaan, joten sen merkitys jäi epäselväksi. Potilaalle annettiin mahdollisuus osallistua keskusteluaiheiden valintaan. Lasten ja nuorten poliklinikan hoitaja halusi tuntea potilaan syvemmin ja ymmärtää hänen tarpeitaan, mutta hänen esittämänsä avoimet kysymykset jäivät vähäisiksi. Keskustelu ei edennyt perustuen potilaan omaan arvioon omasta tietämyksestään, kyvyistään ja tarpeistaan. Hoitaja onnistui antamaan potilaalle mahdollisuuden käsitellä omia kokemuksiaan ja tunteitaan.

Hoitajan toiminta keskustelussa osa-alueesta saatiin yhteispistemääräksi 27. Hoitaja pyrki kannustamaan potilasta itseään koskevaan päätöksentekoon ja kuunteli potilasta sekä esitti kiinnostuksensa lyhyillä kommentteilla keskustelun aikana. Potilaan rohkaisu onnistui, mutta sitä olisi voinut olla enemmän. Kun neuvoja annettiin, ne kerrottiin kattavasti ja selkeästi. Potilaan toiminta keskustelussa osiosta saatiin 11 pistettä. Potilas toi esiin itselleen tärkeitä aiheita ja siten ohjasi keskustelun etenemistä.

Hoitajan ja potilaan roolit – osiosta saatiin yhteispistemääräksi 37. Hoitaja ja potilas kunnioittivat ja arvostivat toisiaan. Potilaalle tarjottiin omasta terveydestään vastuuta, jota hän oli myös valmis vastaanottamaan. Kumpikin osapuoli sai valita aihealueita keskusteluun. Hoitaja oli joustava keskustelun kulussa ja hyväksyi potilaan sellaisena kuin hän on.

8.3 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ilman PADAM – työkalupakkia

Tämä pakittoman käynnin yhteenveto on tehty samalla periaatteella kuin pakillisen käynnin yhteenveto. Keskustelun rakenteen osa-alueesta yhteispistemääräksi saatiin 4. Keskustelun rakenteessa oli puutteita, sillä keskustelun tarkoitusta ei tuotu esille, eikä sillä ollut selkeää tavoitetta. Keskustelulla ei ollut selkeää alkua, eikä sen lopussa varmistettu potilaan ymmärrystä käsitellyistä asioista. Keskustelun luonteen osa-alueen pisteiksi saatiin 15. Rennon ilmapiirin luontia edesauttoi keskustelun rauhallisuus, luottamuksellisuus, empaattisuus, tuttavallisuus ja huumorintajuisuus. Lasten ja nuorten poliklinikan hoitaja ja potilas keskustelivat avoimesti.

Vuoropuhelu / voimavaraistavan keskustelun etenemisen osion pisteet olivat 22. Selkeää tavoitetta keskustelulle ei asetettu. Hoitaja toi enemmän esille aiheita keskusteluun, mutta potilaalle annettiin kuitenkin mahdollisuus tuoda esille omia tunteitaan ja kokemuksiaan. Hoitaja kyseli potilaalta avoimia kysymyksiä muuten, mutta ei varmistaessaan potilaan ymmärrystä.

Hoitajan toiminta keskustelussa osiosta saatiin yhteispistemääräksi 28. Keskustelussa ei ilmennyt tilannetta, jossa hoitaja olisi rohkaissut potilasta itseään koskevaan päätöksentekoon. Hoitaja onnistui neuvojen antamisessa selkeästi ja hän rohkaisi potilasta tarvittaessa. Lyhyillä kommentteilla keskustelun aikana hoitaja osoitti kiinnostuneisuutensa potilasta kohtaan. Potilaan toiminta keskustelussa osa-alueesta saatiin 8 pistettä. Keskustelun aikana kumpikin osapuoli ohjasi keskustelun etenemistä ja potilas toi esille itselleen tärkeitä aiheita. Potilas ei pohtinut kuulemaansa omaan tilanteeseensa nähden eikä keskustelussa käsitelty potilaan tulevaisuutta koskevia asioita.

Hoitajan ja potilaan roolit – osiosta saatiin yhteispistemääräksi 29. Keskustelussa ei tullut esiin tilannetta, jossa potilaan olisi tarvinnut ottaa vastuuta omasta terveydestään. Potilaan ja hoitajan roolit olivat toisiaan arvostavat ja hoitaja hyväksyi potilaan sellaisenaan. Keskustelussa ei asetettu tavoitteita eikä sen aikana tehty päätöksiä. Kumpikin osapuoli valitsi aiheita keskusteluun. Keskustelun kulku oli joustava ja sitä rentoutettiin jutustelulla.

9 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Luotettavuutta arvioidaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiteetin ja reliabiliteetin kannalta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen asetelman, tarkoituksen, otoksen valinnan, analyysin, tulkinnan, eettisen näkökulman ja tutkimuksen relevanssin perusteella. Relevanssilla tarkoitetaan tulosten hyödyllisyyttä ja käyttökelpoisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 204–205, 217–219, 221.) Opinnäytetyössä noudatettiin valtakunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden eettisen neuvottelukunnan ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvä tieteellinen käytäntö –ohjeita. Tutkittavat antoivat tietoisesti suostumuksensa tutkimukseen osallistumiselle ja heidän anonymiteettinsä huomioitiin virallisten ohjeiden mukaan. (Launis ym. 2012, 6-7.)

9.1 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkijan on huomioitava tutkittavien anonymiteetti, joten tutkimustietoja ei luovutettu ulkopuolisille. Eettisyys tarkistettiin jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Opinnäytetyössä ei ilmennyt tieteellisiä virheitä, joista olisi pitänyt ilmoittaa tutkimustoiminnan valvojalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218, 221.) Aineistot palautettiin analysoinnin jälkeen PADAM – hankkeen toimijoille hävitettäväksi asianmukaisesti.

Turun Yliopiston eettisen toimikunnan puoltavalla lausunnolla nuoren oma tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta oli riittävä, mutta vanhemmat olivat tietoisia tutkimuksesta saatekirjeen kautta. Tutkittaville aiheutuvat mahdolliset haitat minimoitiin ja hyötyjä edistettiin. Tutkimuksessa huomioitiin persoonalliset erot ja arvostettiin erilaisuutta. Tutkijan oli varmistettava tutkittavien samanarvoisuus tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin nähden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–219.) Nuorelle saattoi aiheutua paineita käynnin nauhoittamisesta, joka on voinut koitua luotettavuuden ongelmaksi tämän opinnäytetyön kohdalla. Tällöin nuori saattoi jättää kertomatta hänen terveytensä ja

elämäntapoihinsa liittyviä negatiivisia puolia. Kaikki saadut nauhoitteet ja havaintomatriisit säilytettiin luottamuksellisesti, eikä niitä luovutettu ulkopuolisille.

Myös tutkimusraportin laatimiseen liittyy tutkimuseettisiä haasteita, kuten plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi. Plagioinnilla tarkoitetaan suoraa lainaamista toisen henkilön tekstistä ilman lähdeviitteitä. Tulosten sepittämisellä tarkoitetaan saatujen tulosten tekaisemista. Tutkimustuloksissa on tärkeää raportoida myös mahdolliset kielteiset tulokset ja tutkimuksen puutteet. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 224–225.) Tulosten raportointivaiheessa on huomioitu eettiset ohjeet, jotta plagiointia tai muita eettisiä ongelmia ei esiinny.

Kaikkien tutkittavien käynnit nauhoitti sama lasten ja nuorten poliklinikan hoitaja ja nauhoitteet analysoitiin samojen kriteerien mukaan. Analysoijat ovat perehtyneet aihetta käsittelevään tutkittuun tietoon jo aikaisemmin. Tutkittavat antoivat tietoisuuden suostumuksensa käynnin nauhoittamiselle ja heidän tietonsa pidettiin salassa. Edellä mainittujen seikkojen johdosta opinnäytetyö on eettisesti oikein tehty ja luotettava.

9.2 Opinnäytetyössä käytetyn havaintomatriisin luotettavuus

Havaintomatriisin luotettavuutta voidaan arvioida eri näkökulmista. Se on kehitetty tätä varten ja pohjautuu tutkittuun tietoon, mutta sitä ei ole aiemmin testattu. Saadut tulokset pohjautuvat opinnäytetyöntekijöiden omaan tulkintaan, mutta analyysi perustuu kuitenkin rinnakkaistulkintaan. Opinnäytetyöntekijöiden saatua ja erilaisia tuloksia vertailtiin yhdessä ja kaikki osapuolet perustelivat oman vastauksensa. Havaintomatriisi ei antanut sattumanvaraisia tuloksia kuuntelijoille eli saman kysymyksen vastaukset eivät heitelleet yhdestä viiteen. Esimerkiksi tulokseksi tuli yhdelle kuuntelijalle kaksi ja kahdelle muulle neljä, jolloin keskustelun myötä päädyttiin yhteen kaikkien mielestä sopivaan tulokseen. Havaintomatriisiin ei kuitenkaan sisälly viitearvoja, joten saadusta pistemäärästä ei voida tulkita sen tarkoitusta.

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä opinnäytetyö käsitteli 13–18-vuotiaiden nuorten tyypin 1 diabetesta, sen oireita, terveyttä edistävää hoitoa sekä vaikutusta elämään ja perheeseen. Kirjallisuuskatsausosiossa käsiteltiin myös erilaisia potilasohjausmenetelmiä ja omahoidon tukemista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata diabetesta sairastavan nuoren voimavaraistumista tukevaa terveysneuvontaa ja arvioida pilotointivaiheessa olevan PADAM – työkalupakin toimivuutta osana terveysneuvontaa. Opinnäytetyö on osa PADAM – hanketta, jonka yhteistyötahot ovat hoitotieteen laitos, Turun yliopisto ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lasten ja nuorten poliklinikka sekä Turun ammattikorkeakoulu, terveys ja hyvinvointi. PADAM – hankkeen prototyypissä käytettiin Painokas – hankkeen puheeksiottamisen – työkalupakin pelilautaa ja hankkeen toimijoiden yhdessä kehittämiä uusia kuvakortteja.

Ensimmäinen opinnäytetyön tutkimusongelma oli: Miten potilasohjaus edistää nuoren diabeetikon omahoitoa jokapäiväisessä elämässä? Tämä kysymys ohjasi kirjallisuuskatsausosion tekemistä. Seuraaviin tutkimusongelmiin saatiin tulokset analysoimalla nauhoitteita: Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu PADAM – työkalupakin avulla? Sekä miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu ilman PADAM – työkalupakkia?

Opinnäytetyön aihe valittiin monen muun aihevaihtoehdon joukosta. Tämä aihe valikoitui sen kiinnostavuuden, tärkeyden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Nuoruu- den tuomat lisähaasteet lisäsivät mielenkiintoa aihetta kohtaan. Aiheen positiiviseksi puoleksi osoittautui myös lähteiden runsas määrä.

Kirjallisuuskatsausosioon haettiin tietoa sekä kotimaisista että ulkomaisista tietokannoista. Haku rajattiin tyypin 1 diabetekseen ja nuoreen vuodesta 2004 alkaen. Joitain vanhempia lähteitä on kuitenkin käytetty, sillä ne olivat relevantteja ja monipuolisia. Valitettavasti käypähoidosta ei löytynyt omaa erillistä ohjetta lasten ja nuorten diabetekselle.

Nuoruudessa diabeteksen hoitotasapaino on usein huonoa sen tuomien haasteiden vuoksi (Cameron 2006, 386). Haasteena diabeteksen hoidossa on nuoruudessa tapahtuva itsenäistyminen, joka tuo mukanaan lisää vastuuta (Heikkinen ym. 2008, 19). Epäsäännölliset ruokailut, urheilu, sääntöjen huono noudattaminen, tietoisten riskien ottaminen, nuorten huonosti sopiva elämäntyyli itsestään huolen pitämiselle ja murrosiässä tapahtuvat muutokset ovat suuria haasteita kehittyvälle nuorelle (Cameron 2006, 386–387). Murrosikään kuuluva kapiointi vanhempia ja normeja kohtaan vaikuttavat sairauden hoitoon. Diabetesta sairastavat nuoret haluavat elää samanlaista elämää kuin terveet ystävänsä, eivätkä halua erottautua joukosta. (Freeborn ym. 2013, 1890–1896.)

Onnistuneella potilasohjauksella voidaan lisätä potilaan oman elämänhallinnan tunteen lisääntymistä ja voimaantumista (Johansson ym. 2002). Terveystieteiden ammattilaisten antaman potilasohjauksen ja tuen lisäksi nuori tarvitsee tukea myös vanhemmiltaan ja ystäviltään. Onnistuneen omahoidon kannalta on tärkeää, että nuori hyväksyy sairautensa ja ottaa vastuun sen hoitamisesta. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387–393.) Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitajat ymmärtävät antamansa tuen merkityksen potilaan onnistuneessa hoidossa. Jokaisen hoitokontaktin aikana hoitajan on muistettava antaa yksilöllisesti räätälöityä tukea ja ohjausta.

Nauhoja kuunneltaessa pakillinen käynti koettiin selkeämmäksi ja johdonmukaisemmaksi. Tämä ei kuitenkaan tule esille havaintomatriisin antamista tuloksista. Pakillisella käynnillä PADAM – työkalupakin prototyypin voimavaratankkiosiota ei kuitenkaan käytetty. Molemmissa nauhoitteissa hoitaja oli sama, joka saattoi vaikuttaa tuloksiin. Nauhoitteista havaittiin myös, että hoitaja tunsu potilaan entuudestaan aikaisempien hoitokontaktien kautta. Käynnin nauhoittaminen saattoi aiheuttaa nuorelle jännitystä, jonka vuoksi jotkin asiat saattoivat jäädä kertomatta. Keskusteluilla ei ollut selkeää nauhoitteista selville käyvää alkua ja loppua. Käynnit olivat kontrollikäyntejä, joten molemmissa oli samoja ominaispiirteitä. Keskustelut olivat rauhallisia, luottamuksellisia sekä empaattisia ja molemmat osapuolet kunnioittivat ja arvostivat toisiaan.

PADAM – hankkeen toimijoiden kehittämä havaintomatriisi selkeytti nauhojen analysointia. Havaintomatriisista löytyvät kysymykset olivat selkeät ja helposti ymmärrettävät. Kysymyksien jako osa-alueisiin oli johdonmukainen, mutta pisteytys olisi voitu jakaa omiin osa-alueisiin, jotta kokonaistulos olisi ollut selkeämpi. Lopullisen yhteenlasketun pistemäärän tarkoitus jäi epäselväksi, sillä viitearvoja ei ollut havaintomatriisissa määritelty. Havaintomatriisi koettiin olevan sopivampi ensikäynnille kuin kyseessä oleville kontrollikäynneille. Näillä käynneillä oli vähemmän perinteistä ohjausta ja enemmän voinnin seuranta.

Nauhoitteiden analysointi koettiin haastavaksi, mutta mielenkiintoiseksi. Tämä oli ensimmäinen kerta, kun opinnäytetyöntekijät analysoivat tällaista aineistoa. Analysoinnin luotettavuutta kuitenkin paransi nauhoitteiden usea kuuntelukerta sekä yksin että yhdessä. Tämän lisäksi tulokset käytiin läpi yhdessä keskustelun kautta, jonka jälkeen päädyttiin yhteisymmärrykseen lopullisista tuloksista. Aineisto on hävitetty asianmukaisesti annettujen ohjeiden mukaan.

Tavoiteltua nauhoitteiden määrää ei saavutettu, vaikka sitä toivottiin. Tämä oli kuitenkin hyvä asia luotettavuuden kannalta, sillä nauhoitteisiin pystyttiin panostamaan paremmin. Positiivista oli myös, että nauhoitteita saatiin pakillisesta ja pakittomasta käynnistä, jolloin niitä saatiin vertailtua keskenään. Jos nauhoitteita olisi ollut tavoiteltu määrä, ne olisi voitu kuunnella ainoastaan kerran. Molempien käyntien potilaat olivat tyttöjä, joka saattoi vaikuttaa luotettavuuteen. Tutkimuksin on osoitettu, että tytöillä on suurempi todennäköisyys hoitotasapainon huonontumiseen nuoruudessa (Cameron 2006, 387).

Tämä opinnäytetyö on pohjatyötä PADAM -hankkeen tutkimusta varten ja lisätutkimusta tarvitaan ennen kuin työkalupakki on käyttövalmis. Jotta pakki voisi tukea entistä paremmin potilaan voimavaraistumista, voitaisiin kortteihin lisätä esimerkiksi potilasta kannustavia kortteja. Nuorten ja etenkin lasten on tärkeää kokea onnistumisen tunnetta, jonka avulla voidaan tukea onnistunutta omahoitoa. Hoitaja voisi nuoren kanssa keskustellen etsiä esimerkiksi elämänrytmistä onnistumisia ja kehittämiskohteita, jotka merkittäisiin erilaisin korttein.

Tätä opinnäytetyötä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää jatkotutkimuksissa esimerkiksi PADAM -työkalupakin kehitys lopulliseen muotoon tälle potilasryhmälle. Jatkossa olisi hyvä kehittää eri pitkäaikaissairauksille, esimerkiksi reumalle, oma työkalupakki. Työkalupakkia voi jatkossa hyödyntää maahanmuuttajapotilaiden hoidossa, sillä kuvakortit helpottavat kommunikointia. Työkalupakki on oleellinen osa nuoren diabeetikon hoidon ohjauksessa ja elintapojen kartoituksessa, joten sen kehittäminen on tuloksellisen omahoidon kannalta arvokasta.

LÄHTEET

Alanko, J.; Alanne, S.; Salonen, K. & Tauriainen, H. 2011. Ensitietyöryhmä on hyvä aloitus tyyppin 1 diabeetikoiden omahoitoon. Suomen Lääkärilehti. Vol. 66, No. 20/2011, 1684-1685.

Cameron, F. 2006. Teenagers with diabetes - Management challenges. Australian Family Physician. Vol. 35, No. 6, 386-390.

Dashiff, C.; Riley, B.; Abdullatif, H. & Moreland, E. 2011. Parents' Experiences Supporting Self-Management of Middle Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus. Pediatric Nursing. Vol. 37, No 6, 304–3010.

Diabetes. Käypähoito –suositus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.11.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=884E3B1B882795BF15BC8EC773DD854E?id=hoi50056>

Diabetes ja liikunta. Käypähoito –suositus. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.3.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00817&suositusid=hoi50056>

Diabetesliitto n.d., a. Ajokortti. Viitattu 25.1.2015.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/arjessa_ja_vapaalla/ajokortti

Diabetesliitto n.d., b. Entä miten diabetes vaikuttaa lapseni tulevaisuuteen? Viitattu 25.1.2015.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/lapsen_diabetes/enta_lapsen_tulevaisuus

Diabetesliitto n.d., c. Harrastaminen. Viitattu 25.1.2015.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/arjessa_ja_vapaalla/harrastaminen

Eloranta, S.; Vähätalo, M. & Johansson, K. 2008. Avannepotilaan ohjauksessa korostuu voimavaraistuminen. Sairaanhoitaja-lehti. Vol. 82, No. 8, 24-26.

Freeborn, D.; Dyches, T.; Roper, S. & Mandleco, B. 2013. Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. Journal of Clinical Nursing. No. 22, 1890–1898.

Guo, J.; Whittemore, R. & He, G. 2011. The relationship between diabetes self-management and metabolic control in youth with type 1 diabetes: an integrative review. Journal of Advanced Nursing. No. 67/11, 2294–2310.

Hampson, S.; Skinner, T. & Hart, J. 2001. Effects of educational and psychosocial interventions for adolescents with diabetes mellitus: A systematic review. *Health Technol Assess.* No. 5, 1–79.

Heikkinen, T.; Kallioniemi, V.; Kekäläinen, P.; Koski, P.; Koski, S.; Laine, M.; Lax, U.; Nuutinen, H.; Pietarinen, M.; Puranen, R.; Rissanen, M.; Salonen, K. & Tulokas S. 2008. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen. Terveystieteiden tutkimuskeskusto. Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 30.9.2014. http://www.diabetes.fi/files/1059/Heku_terveydenhuoltohenkilosto_netiti.pdf

Ivanoff, P.; Kitinoja, H.; Rahko, H.; Risku, A. & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Johansson, K. 2006. Ortopedisten potilaiden ohjaus. Turku: Turun yliopisto Hoitotieteen laitos.

Johansson, K.; Salanterä, S.; Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2002. Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* No. 6, 220–226.

Journal of Illinois Nursing 2012. CDC Provides National Estimates, General Information on Diabetes. Vol. 110, No. 4, 5-7.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivelä, L.; Salo, M. & Keskinen, P. 2014. Asennemuutos ennakoi parhaiten lapsen diabetes-tasapainon korjaantumista. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 69, No. 38/2014, 2355-2362.

Komulainen, J. 2007. Lasten insuliinihoito hoitosuosittelun valossa. *Diabetes ja lääkäri*. Vol. 36, No. 2/2007, 13-18. Viitattu 29.3.2015. http://www.diabetes.fi/files/30/Diabetes_ja_laakari_lehti_2_2007.pdf

Kovacs, M.; Obrosky, D.; Goldston, D. & Drash, A. 1997. Major depressive disorder in youths with IDDM. A controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care*. No. 20, 45–51.

Kyngäs, H. & Rissanen, M. 2001. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista edistävät tekijät. *Hoitotiede* Vol. 13, No. 4, 198–205.

Launis, V.; Helin, M.; Spoof, S. & Jäppinen, S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 15.10.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Leino-Kilpi, H.; Luoto, E. & Katajisto, J. 1998. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing*. Vol. 2, No. 30, 116–123.

Leino-Kilpi, H.; Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999a. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Ortopaedic Nursing*. No. 3, 138–145.

Leino-Kilpi, H.; Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999b. Pitkääikäisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperusteiden kehittäminen. Stakes, Raportteja 229. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Medtronic 2010. Tietoa diabeteksestä. Viitattu 4.2.2015.
<http://www.medtronic.fi/terveytesi/diabetes/>

Moore, S.; Hackworth, N.; Hamilton, V.; Northam, E. & Cameron F. 2013. Adolescents with Type 1 Diabetes: parental perceptions of child health and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control. *Health and Quality of Life Outcomes*. 11:50. Viitattu 31.1.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614451/pdf/1477-7525-11-50.pdf>

Mustajoki, P. 2014a. Diabetes (sokeritauti). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.2.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s3

Mustajoki, P. 2014b. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757

Mylife-diabetescare. 2014. Komplikaatiot. Viitattu 22.2.2015.
<http://www.mylife-diabetescare.fi/mylife-diabetes-tietoutta-komplikaatiot.html>

Nuutinen, H. 2010. Diabetesta sairastavan elämänlaadun arvioinnista. DEHKO-raportti 2010:1. Diabetesliitto. Viitattu 25.1.2015. http://www.diabetes.fi/files/1420/DEHKO-raportti_2010_1_Diabetesta_sairastavan_elamanlaadun_arvioinnista.pdf

Näntö-Salonen, K.; Kinnala, A.; Keskinen, P.; Putto-Laurila, A.; Ruusu, P. & Saha, M. 2004. Tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoito kahdenlaisen tasapainon tavoittelua. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 59, No. 5/2004, 387-393.

Näntö-Salonen, K. & Ruusu, P. 2007. Nuoren diabeetikon komplianssi haastaa hoitoyksikön. *Diabetes ja Lääkäri*. Vol. 36, No 5/2007, 7-10. Viitattu 29.3.2015.
http://www.diabetes.fi/files/33/Diabetes_ja_laakari_-lehti_5_2007.pdf

Perttilä, K. 2006. Terveysten edistäminen käsitteenä ja käytännössä. *Sairaanhoitaja-lehti*. No. 4. Viitattu 10.9.2014.
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/terveyden-edistaminen-kasitteena-ja-kaytannossa/>

Pyörälä, E. 2001. Kahdenkeskisyys aktivoi nuoria ravitsemusneuvontatilanteissa. Suomen diabetesliitto. No. 1-2, 23–24.

Raunio, T & Tervonen, T. 2005. Diabetes ja hampaiden kiinnityskudosten sairaudet. Diabetes ja lääkäri. Vol. 34, No. 4/2005, 6-9. Viitattu 29.3.2014. http://www.diabetes.fi/files/20/Diabetes_ja_laakari_-lehti_4_2005.pdf

Rekiaho, Ilkka, Robinson & Douglas. 1999. Suomi –Englanti –Suomi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rissel, C. 1994. Empowerment: the holy grail of healthpromotion. Health Promot Int No.1, 39–47.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssan Kirjapaino.

Schulman-Green, D.; Jaser, S.; Martin, F.; Alonzo, A.; Grey, M.; McCorkle, R.; Redeker, N.; Reynolds, N. & Whitemore, R. 2012. Processes of Self-Management in Chronic Illness. Journal of Nursing Scholarship. No. 44, 136–144.

Siltanen, M.; Aromaa, M.; Hakulinen-Viitanen, T.; Junnila, R.; Laaksonen, C.; Parisod, H. & Salanterä, S. 2014. A new participative, family-oriented health counselling approach for children and their families – a comparative qualitative analysis. Journal of Community Health Nursing. Vol. 31, No. 2, 1-13.

Storvik-Sydänmaa, S.; Talvensaari, H.; Kaisvu, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tulokas, S. 2001. Diabetes in adolescence – a new approach to patient education. Väitöskirja. Acta UniversitatisTampereensis.

Turku n.d., a. Painokas –projekti 2006-2008. Viitattu 8.4.2015. <http://www.painokas.fi/>

Turku n.d., b. Painokas –projekti 2006-2008. Ajankohtaista. Viitattu 10.9.2014. <http://painokas.konehuone.net/ajankohtaista.php>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, H.; Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Review: Empowering discourse in patient education Patient Education and Counseling. No. 66, 140-146.

Virtanen, S.; Aro, E.; Keskinen, P.; Lindström, J.; Rautavirta, M.; Ventola, A. & Virtanen, L. 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 2.3.2015. http://www.diabetes.fi/files/104/Diabeetikon_ruokavaliosuositus.pdf

Wennick, A. & Hallström, I. 2007. Families' lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of advanced nursing*. No. 60, 299-307.

Opinnäytetyön keskeiset tulokset

Tutkimusongelmat

1. Miten potilasohjaus edistää nuoren diabeetikon omahoitoa jokapäiväisessä elämässä?

- hoidon ei tulisi hallita nuoren elämää liikaa
- tärkeää on, että nuori hyväksyy sairautensa osana elämää ja ottaa vastuuta sen hoitamisesta
- nuori tarvitsee aikuisten ja ammattilaisten tukea
- ohjaus on huolellisesti suunniteltua ja tavoitteellista
- jatkuva ja tasavertainen yhteistyösuhde nuoren ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä on tärkeää
- motivaation nostattaminen ja kannustaminen, hyvän palautteen antaminen sekä arvostaminen ovat tärkeitä
- vastuuta tulee antaa, mutta ei liian varhain
- voimavaraistavassa ohjauksessa pyritään löytämään potilaan omia voimavaroja ja vahvistamaan niitä
- omahoidossa korostuu ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky ja siinä painotetaan potilaan itsemääräämisoikeutta
- omahoito vaikuttaa positiivisesti potilaan elämänlaatuun ja sairastamiseen
- tärkeää on tukea potilaan autonomiaa

2. Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu PADAM -työkalupakin avulla?

- keskustelun rakenteessa oli puutteita
- keskustelun alussa ei tuotu esille ohjauksen tarkoitusta, eikä keskustelulla ollut selkeää alussa ilmaista tavoitetta
- keskustelun luonne oli rauhallinen, luottamuksellinen ja empaattinen
- rentoa ilmapiiriä luotiin keskustelemalla muustakin kuin sairaudesta
- keskustelun tavoitetta ei ilmaistu
- potilaalle annettiin mahdollisuus osallistua keskusteluaiheiden valintaan
- hoitaja halusi tuntea potilaan syvemmin ja ymmärtää hänen tarpeitaan
- hoitajan esittämät avoimet kysymykset jäivät vähäisiksi
- potilaan rohkaisu onnistui, mutta sitä olisi saanut olla enemmän
- neuvot annettiin selkeästi ja kattavasti
- potilas toi esiin itselleen tärkeitä aiheita ja siten ohjasi keskustelun etenemistä
- hoitaja ja potilas kunnioittivat ja arvostivat toisiaan
- hoitaja oli joustava keskustelun kulussa ja hyväksyi potilaan sellaisena kuin hän on

3. Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu ilman PADAM -työkalupakkia?

- keskustelun rakenteessa oli puutteita
- keskustelun tarkoitusta ei tuotu esille, eikä sillä ollut selkeää tavoitetta
- keskustelu oli rauhallista, luottamuksellista ja empaattista
- rennon ilmapiirin luontia edesauttoi tuttavallisuus, huumorintajuisuus ja avoimuus
- selkeää tavoitetta ei keskustelulle asetettu
- hoitaja toi keskusteluun enemmän aiheita kuin potilas
- hoitaja osoitti kiinnostuneisuutensa potilasta kohtaan lyhyillä kommentteilla
- hoitaja kyseli potilaalta avoimia kysymyksiä, mutta ei varmistaessaan potilaan ymmärrystä
- hoitaja rohkaisi potilasta tarvittaessa
- hoitaja onnistui neuvojen antamisessa selkeästi
- kumpikin osapuoli ohjasi keskustelun etenemistä
- potilaan ja hoitajan roolit olivat toisiaan arvostavat
- hoitaja hyväksyi potilaan sellaisenaan